

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 31

LE

PHAGÉDÉNISME CHANCRELLEUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 11 Décembre 1933

PAR

Roger-Albert-Marius GILLET

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à CARHAIX (Finistère), le 15 novembre 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur	Président
		BONNIN, professeur	Juges.
		DAMADE, agrégé	
		JOULIA, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548415_0089

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 31

LE

PHAGÉDÉNISME CHANCRELLEUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 11 Décembre 1933

PAR

Roger-Albert-Marius GILLET

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à CARHAIX (Finistère), le 15 novembre 1908.

Examineurs de la Thèse

MM. PETGES, professeur.....	Président
BONNIN, professeur.....	Juges.
DAMADE, agrégé.....	
JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELIER, BEILLE, CASSAËT

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale.....	N.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).

R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
id.....	DUFOUR.	id.....	LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Ob-tétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Physique médicale.....	N.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie.....	N.
id.....	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.....	N.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Accouchements.....	RIVIÈRE.		
Ophtalmologie.....			MM. CABANNES (en congé).
Orinopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....			N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			GOURDON.
id.....	Clinique dentaire.....		DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Je dédie ce travail, faible témoignage
de ma grande affection et de ma pro-
fonde reconnaissance.

A MA FEMME

Qui fut pour moi un soutien moral
combien précieux pendant ces études.
Tendresse infinie.

A MES BEAUX-PARENTS

Qui m'ont toujours considéré comme
leur fils. Toute mon affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS ET A MES CAMARADES
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

*Sous-Directeur à l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL CANTON

*Professeur à l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PETGES

*Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

CHER MAÎTRE.

Au cours de vos leçons magistrales si vivantes ou au lit du malade, vous avez su nous faire aimer cette branche de la médecine que vous enseignez, branche certes très ardue, mais combien passionnante.

Vous avez bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse. Vous nous faites aujourd'hui le grand honneur de la présider; nous vous en garderons une profonde et très respectueuse reconnaissance.

LE PHAGÉDÉNISME CHANCERELLEUX

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention, dans ce modeste travail, d'apporter une grande contribution personnelle à l'étude du phagédénisme chancrelleux. Nous avons voulu simplement rassembler les documents épars qui existent sur cette question très discutée, pour en faire une revue générale. Nous aurons cependant plus spécialement en vue l'étude et le traitement de l'une des variétés du phagédénisme chancrelleux, que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de la Clinique dermatologique de la Faculté de Bordeaux.

Après un aperçu *historique* de la question, nous décrirons les différentes *variétés cliniques* de l'affection qui nous intéresse, et nous envisagerons leurs évolutions et leurs pronostics respectifs. Nous exposerons ensuite les *connaissances étiologiques* que l'on possède à l'heure actuelle sur le phagédénisme chancrelleux. Enfin nous étudierons le *diagnostic* de cette affection, en insistant surtout sur le *diagnostic différentiel*. Nous terminerons par une revue des traitements que l'on peut opposer au phagédénisme chancrelleux.

Mais, avant d'entrer dans le vif de notre sujet, nous avons pensé qu'il serait bon d'exposer ce que l'on entend généralement par « phagédénisme ».

On a beaucoup discuté sur le qualificatif « phagédénique ». De nombreux auteurs l'ont défini; cependant, nous estimons ne pouvoir mieux faire que de citer la définition que donne A. Fournier dans son célèbre *Traité de la syphilis*.

« Phagédénisme, écrit Fournier, est un vieux mot qui s'est introduit dans la langue médicale, sans signification précise, puis qui s'y est maintenu sans que jamais, à travers les âges, on se soit préoccupé de lui assigner une signification scientifique nettement déterminée.

» Dérivé de deux mots grecs (φαγεῖν : manger, ronger, dévorer; et ἀδέν : glande, tissu glanduleux, ou suivant d'autres ἀδην : abondamment, à satiété), il ne comporte étymologiquement d'autre sens que celui-ci : qualité rongearite, dévorante, d'une ulcération. Vainement on s'efforçerait de lui rattacher une acceptation plus catégorique, mieux définie. Bornons-nous à dire, sans viser une précision impossible en l'espèce, que, traditionnellement, on qualifie du terme de phagédénique toute plaie dépassant d'une façon considérable ses limites habituelles; offrant une tendance extensive ou destructive relativement ou absolument rebelle aux agents thérapeutiques; affectant une durée plus ou moins longue et susceptible même d'une chronicité indéfinie, et comportant, en conséquence, pour ces raisons diverses, un caractère manifeste de malignité particulière. »

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Lorsque l'on étudie l'histoire du chancre mou, il est classique de faire porter cette étude successivement sur trois périodes ainsi délimitées :

- 1° De l'antiquité jusqu'à la fin du xv^e siècle;
- 2° De la fin du xv^e siècle jusqu'au milieu du xix^e siècle;
- 3° Du milieu du xix^e siècle jusqu'à nos jours.

Nous adopterons également cette division pour l'étude de l'histoire du phagédénisme chancrelleux.

I. — *De l'antiquité jusqu'à la fin du XV^e siècle.*

Chez les auteurs anciens, il est difficile de retrouver des descriptions nettes de phagédénisme chancrelleux. Quelques phrases, quelques descriptions sommaires, éparses dans les anciens traités, permettent cependant de supposer que les anciens connaissaient cette affection.

Celse, nous dit Bassereau, emploierait le premier le terme « phagédénique ». Il décrit, dans son *Traité de la médecine*, le chancre phagédénique serpigineux qui ronge la verge jusqu'à la racine : « Nonnunquam etiam id genus ibi cancri, quod αφαγέδαννα graecis nominatur, oriri solet... quaedam etiam nigrities est, quae non sentitur, sed serpit, ac, si sustinuimus, usque ad vesicam tendit; neque succurari postea potest. Si id in summa glande circa fistulam urinae est, prius

in eam enue specillum dimittendum est, ne claudatur. » (Liv. VI, chap. XVIII, 4.)

Celse décrit également, dans ce même traité, le chancre gangréneux à escarre noire; il parle aussi de certaines ulcérations que l'on trouve sous le prépuce après le débridement des phimosis; les unes sont simples et suppurent très peu; les autres, au contraire, sont rongeantes, détruisent parfois le gland et fournissent une suppuration très abondante.

Jullien, dans son *Traité des maladies vénériennes*, édité en 1886, nous apprend qu'Avicenne, Forestus, connaissaient et ont noté dans leurs écrits une variété particulière d'ulcérations serpigineuses des organes génitaux : « Avicenna, de ulceribus quae in testiculis, virga, aut ano fiunt, prognosticum fecit ea esse mala et ambulatoria (ut medice loquar) ex quibus facilis contingit putrefactio, cum sint, in loco abscondito, declinante ad caliditatem et humiditatem, per quem excrementa defluant, ut hic urinae mordicantes, curationemque imperiantes. » Forestus, t. II, p. 565.)

Mesué, de Chaldée (ix^e siècle), écrit que « si les ulcères extrinsèques de la verge sont corrodants et ambulants ils ont besoin de lavages d'épithèmes spéciaux ».

Albucasem (x^e siècle) cite également des ulcères qui entament le gland assez profondément et nécessitent l'introduction d'une sonde dans l'urètre.

II. — De la fin du XV^e siècle jusqu'au milieu du XIX^e siècle.

Le début de cette période est marqué par l'apparition en Europe de la syphilis. En 1493, Christophe Colomb revient d'Amérique, et aussitôt, à Palos, la syphilis fait son apparition dans les basses classes de la société. « Les médecins, nous dit Rollet, l'ont décrite comme une maladie entièrement nouvelle ». Mais peu à peu, à mesure que le mal envahit l'Europe, on va confondre syphilis et chancre mou. Cette confusion ira en s'accroissant, on affirmera même l'identité des deux affections. Bientôt pourtant la nécessité d'une divi-

sion se fera sentir; quelques essais seront faits dans ce sens, et enfin en 1852, Bassereau proclamera la dualité des deux affections.

Que devient, pendant cette période si confuse, le phagédénisme chancrelleux ?

Jean de Vigo, dans son *Traité de chirurgie* (1503), dit avoir observé des ulcères de la verge qu'il qualifie de « pustule charbonneuse » (*pustula carbunculosa*); il a observé également des ulcérations phagédéniques et serpigneuses. Contre ces ulcérations il conseille l'emploi du cautère. Il est à remarquer que cet auteur ne confond pas ces affections avec le « mal français » qu'il décrit dans un autre chapitre et qu'il considère comme un mal nouveau : « *Ista aegritudo est incognita et nunquam a doctoribus visa* ».

Mais Georges Vella, en 1508, dans son célèbre *Opusculum*, va établir que l'épidémie de syphilis qui s'est abattue sur l'Europe n'est qu'une exaltation du virus chancreux, déjà connu, et que les deux affections sont identiques.

A partir de ce moment, la confusion est extrême, il est très difficile de retrouver dans les écrits de l'époque les traces de l'affection qui nous intéresse. Cependant, Belhomme, dans sa thèse, nous dit qu'il a trouvé dans les ouvrages de Hunter une description très obscure du phagénisme chancrelleux; que Swédiaur, Petit-Radel, Lagneau, l'ont mentionné brièvement, et qu'enfin G. Babington (1793) l'a assez bien décrit.

En 1844, Carmichaël établit la nécessité d'une division et décrit quatre virus différents correspondant à quatre variétés de chancres, qu'il dénomme : papuleux, pustuleux, syphilitique, phagédénique. Par ailleurs, il publie de bonnes descriptions du phagédénisme chancrelleux.

Cependant, il faut arriver à Ricord (1838) pour trouver une étude assez documentée du phagédénisme chancrelleux; cet auteur, dans son *Traité pratique des maladies vénériennes*, étudie assez longuement le traitement de cette affection et préconise des cautérisations répétées avec la pâte de Vienne, suivies de pansements au vin aromatique.

Enfin, en 1852, Bassereau, dans son *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, admet l'existence de deux virus chancreux. Il publie également de bonnes observations de phagédénisme chancrelleux.

III. — *Du milieu du XIX^e siècle jusqu'à nos jours.*

Durant cette période, la question va être étudiée par un très grand nombre d'auteurs. Après bien des discussions, l'accord s'est enfin établi et l'on a nettement isolé la syphilis du chancre mou; on décrit séparément le phagédénisme du chancre mou et celui du chancre syphilitique. Parmi les auteurs qui ont étudié la question, nous citerons spécialement : Ricord, Rollet, Diday, Vidal, Melchior-Robert, A. Fournier, Jullien, Balzer.

En 1889, Ducrey a découvert le streptobacille, éclairant ainsi considérablement l'étiologie du chancre mou et de ses complications. Unna va reprendre les travaux de Ducrey et étudier le bacille du chancre mou.

Ce sont ensuite les travaux des auteurs contemporains : Brocq, Cl. Simon, Hallopeau, Ch. Nicolle, W. Dubreuilh, Gougerot, G. Milian, et de leurs élèves.

Nous ne nous étendons pas plus longuement sur ce chapitre, car nous aurons l'occasion, par la suite, de parler plus en détail des travaux de ces auteurs.

Donc, pendant cette période, nous voyons se préciser les notions étiologiques que l'on possède sur le phagédénisme chancrelleux, cependant que son traitement est considérablement amélioré.

CHAPITRE II

LES VARIETES CLINIQUES DU PHAGEDENISME CHANCRELLEUX

EVOLUTION — PRONOSTIC

Dans ce chapitre, nous nous proposons d'esquisser le tableau clinique et d'exposer l'évolution, le pronostic, de chaque variété de phagédénisme chancrelleux.

Nous décrirons successivement :

- le phagédénisme diphtéroïde;
- le phagédénisme térébrant;
- le phagédénisme géométrique;
- le phagédénisme gangréneux;
- le phagédénisme serpigineux.

Nous serons très bref en ce qui concerne les quatre premières variétés, dont nous ne rapportons pas d'observations personnelles; nous avons d'ailleurs remarqué, au cours de nos recherches bibliographiques, que leur fréquence avait considérablement diminué pendant ces dernières années, au point qu'elles sont devenues très rares.

Nous insisterons, au contraire, particulièrement sur le *phagédénisme serpigineux*, qui nous paraît mériter une étude plus complète, et dont nous avons pu récemment suivre un cas.

I. — *Le phagédénisme diphtéroïde.*

Cette variété de phagédénisme chancrelleux est décrite dans tous les traités classiques; Ricord en a fait un tableau magistral dans ses *Leçons sur le chancre*; nous nous en sommes inspiré, ainsi que de la description qu'en donne Benzécri

dans sa thèse. Voici en quoi consiste cette forme de phagédénisme.

Un chancre mou, qui évolue normalement depuis quelques jours; présente brusquement une exagération de tous ses caractères.

Les bords se décollent profondément, deviennent très irréguliers; ils sont parfois très amincis et retombent flasques dans l'ulcération; parfois, au contraire, ils deviennent le siège d'un œdème, qui les boursoufle. Mais c'est le fond de la lésion qui prend des caractères vraiment pathognomoniques : très irrégulier, anfractueux, il se recouvre par places d'une sorte de fausse membrane feutrée, résistante, adhérente à l'ulcération sous-jacente. Cette fausse membrane, de couleur jaune grisâtre, s'étend rapidement à toute l'ulcération, qu'elle recouvre d'un feutrage épais. Elle a parfois certaines analogies avec la fausse membrane diphtérique (d'où le nom de phagédénisme diphtéroïde).

La lésion est entourée d'une auréole diffuse, rougeâtre, inflammatoire. Elle est, en général, douloureuse spontanément et à la pression.

Elle siège le plus souvent sur les muqueuses génitales, où ses dimensions ne dépassent guère celles d'une pièce de 50 centimes. On la rencontre plus rarement sur la peau, où elle peut atteindre les dimensions d'une pièce de 4 franc.

L'ulcération a une tendance peu marquée à l'extension. Elle est parfois rebelle à la thérapeutique et peut persister assez longtemps, en dépit des traitements qui lui sont opposés. Cependant elle finit par se cicatriser sans pertes de substance appréciables.

Le pronostic de cette forme de phagédénisme chancrelleux est donc bon dans la plupart des cas.

II. — *Le phagédénisme térébrant.*

Cette variété est caractérisée par une tendance très marquée de la lésion primitive à creuser en profondeur. Elle

cause des désordres considérables, des pertes de substance très étendues et bien souvent irréparables.

L'affection débute le plus souvent par une papule, rosée, surélevée, un peu infiltrée, qui s'ulcère rapidement. L'ulcération ainsi formée présente tous les caractères du chancre mou banal. Mais son fond, anfractueux, se recouvre d'une couche de pus jaune-grisâtre, ses bords se décollent. Elle commence à creuser en profondeur.

La douleur, supportable au début, devient plus violente, exaspérée par le contact, l'exploration, les frottements; elle empêche le malade de reposer la nuit.

Au bout de quelques jours, la lésion se présente sous la forme d'une ulcération profonde, à bords infiltrés, décollés, assez régulièrement découpés. Le fond est très anfractueux, il présente des clapiers profonds et secrète en quantité abondante un pus jaunâtre qui contient des débris tissulaires; détergé, il offre un aspect très irrégulier, une coloration rouge vif, il saigne facilement. A ce stade, les dimensions de la lésion varient entre celles d'une pièce de 50 centimes et celles d'une pièce de 1 franc; sa profondeur, variable, peut atteindre 5 millimètres.

Cependant, l'ulcération continue sa marche destructrice. Dans l'observation du Professeur W. Dubreuilh que nous rapportons (obs. III), le gland va être rongé jusqu'au sillon balanopréputial, il n'en restera qu'une mince colonne charnue entourant l'urètre.

Le phagédénisme térébrant peut encore aller plus loin. On l'a vu amputer littéralement le gland, disséquer et entamer les corps caverneux, déterminant ainsi des hémorragies assez graves.

Fait assez curieux, cette forme de phagédénisme s'observe moins souvent chez la femme, et, de plus, chez l'homme, elle semble marquer une certaine prédilection pour le gland.

Son évolution, rapide au début, se ralentit lorsque le malade est traité énergiquement. Néanmoins, la cicatrisation est très longue à obtenir, et la guérison complète peut demander des mois.

Le début de cette cicatrisation est annoncé par une diminution très nette de la suppuration. Le fond de l'ulcération se déterge et bourgeonne; les bords s'affaissent, leur décollement diminue, et à leur niveau apparaît un fin liséré épidermique. Mais il persiste après la cicatrisation des destructions locales considérables, et il est parfois nécessaire d'avoir recours à des interventions plastiques pour essayer de rendre à l'organe sa forme primitive.

Le pronostic local, nous le voyons, est loin d'être bon. Quant au pronostic *quoad vitam*, il est parfois sérieux, car dans beaucoup de cas la lésion retentit sur l'état général, comme le fait habituellement toute suppuration prolongée; mais à ce facteur infectieux vient se surajouter un autre facteur d'une très haute importance : le facteur moral.

En effet, les malades, désespérés par l'étendue et la progression de leurs lésions et par le peu d'efficacité du traitement, abattus par les douleurs qu'ils ressentent, présentent souvent un état neurasthénique assez accentué, qui a sa répercussion sur leur état général. De plus, certains d'entre eux se laissent aller à des idées de suicide. Nous citerons en exemple le cas rapporté par Brault d'un spahi qui, atteint d'une lésion chancreuse térébrante du gland, tenta par deux fois de mettre fin à ses jours.

On comprend que, dans de telles circonstances, le pronostic soit très grave, et qu'il faille s'attacher à traiter cet état dépressif aussi soigneusement que l'on traitera la lésion chancreuse térébrante.

III. — *Le phagédénisme géométrique.*

Ce phagédénisme, décrit, étudié, et ainsi nommé par Brocq et Cl. Simon, vient souvent se greffer sur des lésions spécifiques, telles que le chancre syphilitique, les syphilides secondaires et tertiaires; il se développe parfois également sur de l'impétigo. Par contre, on l'observe exceptionnellement à la suite du chancre simple.

Dans tous ces cas, le phagédénisme géométrique garde les

mêmes caractères objectifs bien déterminés, ce qui le fait envisager par beaucoup d'auteurs comme une complication très spéciale des lésions citées plus haut.

Le début de l'affection est, en général, brutal. Un chancre mou qui évoluait régulièrement se met brusquement à s'étendre d'une manière anormale, et prend en quelques jours l'aspect caractéristique du phagédénisme géométrique.

La lésion se présente alors sous forme d'une ulcération régulière, « géométrique », rappelant souvent la configuration d'un cercle de trichophytie cutanée; ses dimensions sont très variables, elles peuvent dépasser celles d'une paume de main; sa profondeur varie de 0 cm. 5 à 1 centimètre.

Ses bords ont un aspect tout à fait caractéristique; ils présentent, de dehors en dedans :

Une zone externe, zone d'extension, d'infiltration périphérique, large de 5 à 10 millimètres, formée par les téguments enflammés, infiltrés, rougeâtres. Cette rougeur et cette infiltration vont en se dégradant à mesure que l'on se rapproche des tissus sains.

Une crête, linéaire, saillante, limite en dedans cette zone extensive. Elle décrit de *grands segments de cercle réguliers*.

Enfin, entre cette crête et le fond de l'ulcération, on voit *une paroi taillée à pic ou en pente très raide*. Elle est rouge plus ou moins vif, et présente de nombreux petits points jaunes, qui marquent l'orifice de petits abcès miliaires d'où la pression fait sourdre des gouttelettes de pus.

Les bords, dans la plupart des cas, ne présentent pas de décollements.

Le fond de l'ulcération, anfractueux, est recouvert d'un pus jaune ou jaune grisâtre, ou même parfois hémorragique; détergé, il est rouge et d'aspect granuleux.

Lorsque l'ulcération a évolué pendant un certain temps, sa marche extensive peut se ralentir. On peut même voir la cicatrisation s'opérer en certains points. Ces parties, récemment cicatrisées, sont déchiquetées, irrégulièrement épidermisées; elles sont recouvertes par places de croûtelles et pré-

sentent parfois des pustulettes, qui s'ouvrent et donnent naissance à de petites ulcérations.

Les lésions sont très douloureuses spontanément et à l'exploration.

Le traitement de cette affection doit être précoce et énergique. Il a souvent beaucoup de peine à arrêter l'extension du mal avant que celui-ci n'ait déterminé des destructions tissulaires importantes.

Le pronostic de cette forme très rare du phagédénisme chancrelleux semble donc toujours assez sérieux.

IV. — *Le phagédénisme gangréneux.*

Le phagédénisme gangréneux est également une forme rare de phagédénisme. Elle s'observe le plus souvent à la verge, et surtout lorsque le malade est porteur d'un phimosis, soit qu'il s'agisse d'un phimosis congénital serré, soit que la lésion chancrelleuse ait déterminé, chez un individu prédisposé, la formation d'un phimosis inflammatoire.

Donc, chez un malade porteur de chancres mous du gland, du sillon balano-préputial, ou de la face interne du prépuce, nous voyons ce prépuce présenter des phénomènes inflammatoires très accentués. Il est turgescant, infiltré, rouge violacé. La verge a une forme en « battant de cloche ». On ne peut découvrir le gland. Par l'orifice préputial s'écoule une sérosité grisâtre, plus ou moins purulente, plus ou moins hématurique, d'odeur fétide.

Des phlyctènes se montrent bientôt sur la face externe du prépuce; elles s'ouvrent et laissent voir un placard brunâtre, puis noirâtre, d'aspect gangréneux, de dimensions variables (pièce de 50 centimes ou de 1 franc).

Cette escarre tombe au bout de quelques jours, déterminant la formation d'un orifice régulier, taillé à l'emporte-pièce dans l'épaisseur du prépuce. Par cet orifice, le gland vient, suivant l'expression pittoresque de Diday, « montrer le nez à la fenêtre ». Il peut même, dans certains cas, s'extérioriser complètement (obs. IV).

On a vu ce processus gangréneux frapper la totalité du prépuce et circoncrire littéralement le gland; mais, le plus souvent, il respecte la région du frein, qui vient alors former au-dessous du gland une sorte de jabot disgracieux, infiltré d'œdème.

Le gland, le sillon balano-préputial, libérés de cette manière ou par une intervention chirurgicale (lorsqu'une circoncision ou une incision dorsale ont été pratiquées avant la mortification du prépuce), présentent souvent une ou plusieurs escarres, qui répondent aux lésions chancrelleuses. On a remarqué, dans certains cas, leur coaptation exacte à la plaque gangréneuse préputiale. Ces escarres tombent au bout de quelques jours, après la formation d'un sillon d'élimination, laissant parfois des pertes de substance considérables. A ce moment, peuvent se produire des hémorragies assez graves.

Le phagédénisme gangréneux peut également évoluer sur le gland en dehors de l'existence d'un phimosis; on peut aussi le rencontrer en d'autres localisations (grandes et petites lèvres chez la femme, fourreau et scrotum chez l'homme). Dans ces cas, on voit se former au niveau du chancre mou initial une petite escarre grisâtre ou noirâtre, qui envahit bientôt toute la surface du chancre et en dépasse parfois les limites, creusant à la fois en surface et en profondeur. Deux cas peuvent se présenter : ou bien l'escarre est noirâtre, assez consistante; ou bien elle est grisâtre, molle, donnant plutôt l'impression d'un dépôt de pus épais, adhérent, contenant des débris tissulaires mortifiés, dégageant une odeur fétide. Cette dernière forme de phagédénisme semble bien être en rapport avec l'association au bacille de Ducrey, de la symbiose fuso-spirillaire de Vincent.

Le phagédénisme gangréneux s'accompagne parfois d'une altération marquée de l'état général, avec frissons, fièvre, et parfois même accidents pseudo-typhiques.

Le pronostic est toujours sérieux, soit en raison de l'altération de l'état général, des hémorragies qui peuvent se

produire, soit à cause des mutilations indélébiles qui persistent sur les organes atteints et qu'une intervention plastique ne peut pas toujours corriger.

Enfin, notons pour terminer que souvent le processus gangréneux semble éteindre l'infection chancreuse. Du Castel, Stümpke et bien d'autres ont remarqué qu'après la chute des escarres, le caractère chancereux de la plaie a disparu, et qu'elle se cicatrise comme une plaie banale.

V. — *Le phagédénisme en surface.* *Le phagédénisme serpigineux.*

Cette variété de phagédénisme est caractérisée par une évolution lente, une certaine tendance à la chronicité, une résistance opiniâtre aux différents traitements qu'on lui oppose. La forme des lésions est assez particulière, il s'agit d'ulcérations qui présentent une extension centrifuge, en surface.

L'affection a souvent comme point de départ un chancre du revêtement cutané; elle se développe également à partir de l'ulcération, qui résulte de la fistulisation ou de l'ouverture chirurgicale d'un bubon chancereux. Cependant, elle peut prendre naissance au niveau d'un chancre mou des muqueuses génitales.

La lésion phagédénique, au début, se présente sous l'aspect d'une ulcération de dimensions variables. Les bords de cette ulcération sont très irréguliers, festonnés, découpés en petites languettes. Ils affectent, dans certains cas, une tendance au polycyclisme. Ils sont décollés, parfois très profondément. Leur hauteur, variable, peut atteindre 5 millimètres; ils ont un aspect épaissi, boursoufflé; leur coloration est rouge violacé.

En dehors d'eux, se voit une zone d'infiltration, rouge, parfois indurée, dont la largeur varie de 3 à 5 millimètres.

Le fond de l'ulcération est inégal, vermulu, anfractueux; il présente souvent de petits clapiers remplis d'un pus jaunâtre. Il est suintant, recouvert d'un enduit formé par une sérosité jaune grisâtre plus ou moins purulente. Détergé, il nous présente une coloration rougeâtre légèrement violacée,

un aspect irrégulier et mamelonné, avec parfois une alternance assez particulière de zones rouges et de zones grises; il saigne assez facilement au contact.

En général, la lésion est peu douloureuse spontanément; elle l'est bien plus à l'exploration.

Dans certains cas, l'ulcération, ainsi constituée, va s'étendre progressivement, sûrement, lentement, en surface, affectant une marche « serpentineuse ». Chez notre malade, partie du sillon interfessier, elle va s'étendre progressivement sur la surface des deux fesses. Dans d'autres observations, nous la voyons partir de l'aîne, se propager à la partie supérieure de la cuisse, ravager la paroi abdominale ou s'étendre à la fesse en contournant la hanche.

Mais, chose curieuse, bien souvent, alors que la lésion progresse par une extrémité, l'autre extrémité se cicatrise : les bords, à ce niveau, s'affaissent, redeviennent adhérents au fond de l'ulcération; un mince liséré épidermique apparaît, qui s'élargit et gagne du terrain. La lésion semble donc se déplacer en masse, « à la manière d'un curseur », nous dit L. Jullien.

Dans d'autres cas, au milieu d'une vaste ulcération, apparaît une petite plage de cicatrisation, qui s'étend en tous les sens à mesure que les bords d'attaque de la lésion gagnent du terrain. De forme irrégulière, cet îlot cicatriciel envoie bientôt des prolongements, qui peuvent rejoindre les bords de l'ulcération et fragmenter ainsi celle-ci en deux ou trois ulcérations plus petites qui vont évoluer pour leur propre compte, affectant toujours une marche centrifuge.

Parfois, au milieu de ce tissu de cicatrice, on voit apparaître un petit nodule rougeâtre, qui s'ouvre au bout de quelques jours, laissant écouler un peu de pus jaunâtre. Il en résulte une petite ulcération, qui présente les caractères du chancre mou, dont les bords prennent bientôt l'aspect décrit plus haut, et qui se met à ronger le tissu environnant.

Après un certain temps d'évolution, la lésion se présente sous l'aspect suivant :

A la périphérie, une série d'ulcérations irrégulières, de dimensions très variables (d'une pièce de 50 centimes à une paume de main), affectant une disposition un peu en « croissant », parfois isolées, parfois confluentes ou en voie de confluence. Le bord d'attaque et le fond de ces lésions présentent les caractères décrits plus haut. Au contraire, la bordure centrale se continue en pente douce avec le tissu cicatriciel central. En effet, au centre, on remarque une grande plaque cicatricielle, qui relie les ulcérations. Cette cicatrice semble un peu rétractée, un peu atrophique; elle est légèrement mamelonnée. L'épiderme, à son niveau, est lisse, brillant, rose s'il est de formation récente, blanchâtre et semé de taches pigmentées en brun s'il est plus ancien. Au toucher, les tissus donnent l'impression d'être durs, sclérosés.

Enfin, au milieu du tissu cicatriciel, on peut voir de petites ulcérations en voie d'accroissement.

Les photographies que nous publions donnent, bien mieux que notre description, une idée de ce que peuvent être la forme et l'étendue de ces lésions.

Une telle affection, non traitée, va continuer à évoluer, causant, en surface, des désordres considérables. Le traitement arrête souvent cette évolution, mais la cicatrisation complète demande des mois, parfois des années. Chez notre malade (obs. XIV), l'affection évolue depuis plus de deux ans; chez le malade observé par le Professeur Dubreuilh (obs. XIII), il a fallu quatre années de traitements variés pour venir à bout du phagédénisme; chez un malade de A. Fournier, le début des lésions remontait à quatorze années auparavant.

Le pronostic de cette forme de phagédénisme est donc très sérieux. Au point de vue social, le malade est souvent incapable, pendant de longs mois, de se livrer à un travail quelconque. De plus, de telles lésions ont une grosse influence sur l'état général du malade et sur son psychisme. On comprend donc que de nombreux auteurs se soient attachés à essayer d'élucider l'étiologie de cette affection si grave, afin de pouvoir en améliorer le traitement.



OBSERVATION XIII. (W. Dubreuilh et P. Brocq.)

Phagocytisme chancrilleux serpiginéux



OBSERVATION XIV. (Professeur Petegs)

Phagocytisme chancrilleux serpiginéux.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS DE PHAGEDENISME CHANCRELLEUX

Au cours de nos recherches bibliographiques, nous avons groupé un certain nombre d'observations de phagédénisme chancrelleux. Nous reproduisons quatorze d'entre elles qui nous ont paru les plus caractéristiques au point de vue clinique, ou les plus complètes par les contrôles de laboratoire, pour bien fixer les formes cliniques de l'affection que nous étudions.

De plus, nous apportons une observation inédite de phagédénisme serpigneux, provenant de la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques de Bordeaux, que M. le Professeur Petgès a bien voulu nous confier.

Nous avons classé ces observations par types cliniques. Nous citons d'abord à titre d'exemple une observation de chacune des formes — diphtéroïde, térébrante, géométrique, gangréneuse — de phagédénisme chancrelleux.

Nous rapportons ensuite neuf observations de phagédénisme serpigneux.

Enfin, nous terminerons ce chapitre par l'exposé de quelques commentaires que nous ont suggérés ces observations.

OBSERVATION I (Résumée).

(E. BENZÉCRI, thèse Alger, 1924.)

Chancrelle phagédénique à exsudat diphtéroïde.

Z..., âgé de 30 ans, est hospitalisé le 20 novembre 1923, dans le service de la Clinique dermatologique pour une ulcération siégeant à la base de la verge.

Il y a trois semaines, quatre jours après le dernier coït, il aurait vu apparaître à la racine de la verge quatre petits éléments qui ne tardèrent pas à s'ulcérer, à s'étendre et à confluer.

Au moment de notre premier examen, on note, sur la partie gauche de la racine de la verge, une ulcération de forme très irrégulièrement ovalaire, de 4 centimètres de long environ. Le fond est recouvert d'une sorte de putrilage épais, blanc jaunâtre, qui présente par places une teinte roussâtre, véritable membrane diphtéroïde.

Lorsque, à l'aide d'un tampon, on détache cette membrane assez adhérente, on découvre une surface inégale, semée d'anfractuosités. Les bords, très découpés et profondément décollés, sont épaissis et tuméfiés. La base est souple, la palpation légèrement douloureuse.

Le malade présente depuis quelques jours un bubon inguinal gauche recouvert d'une peau chaude et hyperémieée.

Une sigma-réaction pratiquée le 29 novembre est franchement négative par les divers procédés. Par contre, le bacille de Ducrey est trouvé en abondance dans les frottis.

Le malade reçoit 2 injections d'arsénobenzol. Le résultat est négatif. Après une dizaine de jours de tâtonnement, on cautérise au chlorure de zinc fort. Rapidement la plaie change d'aspect, la couenne qui la recouvrait a disparu, les bords se sont recollés. Pendant quelques jours, on continue des poudrages au dermatol. Le malade quitte le service le 4 janvier, son bubon guéri par un Fontan et sa chancelle cicatrisée.

OBSERVATION II (Résumée).

(W. DUBREUILH et P. BROUSTET, *Ann. de dermat. et de syph.*,
1925, p. 577.)

Chancres mou phagédénique à forme térébrante.

O., 24 ans, Sénégalais, entre dans le service de la Clinique dermatologique le 24 novembre 1924 pour une vaste ulcération de la verge.

Il eut, au début d'octobre 1924, un chancre mou de la gouttière, qui, négligé, prit une marche extensive.

A son arrivée, le gland est presque complètement détruit; il en reste seulement, au centre, une petite colonne charnue du volume d'un crayon, qui forme la paroi dorsale de l'urètre. Les bords de cette large ulcération sont irréguliers, déchiquetés, décollés. Le fond, mamelonné, suppure abondamment. Bords et fond sont faits de tissus souples, mais la palpation en est extrêmement douloureuse.

Le diagnostic de chancre mou phagédénique s'impose. Aussi dirige-t-on dans ce sens la thérapeutique. Divers traitements sont essayés sans résultat. C'est pourquoi on a recours à la vaccinothérapie (vaccin antichancereux dû à l'obligeance de M. le Docteur Nicolle). Première injection (1/2 cm³) le 6 janvier. Réaction assez vive, qui se prolonge quarante-huit heures. Le 10 et le 15 janvier, deuxième et troisième injections (1 cm³), suivies de réactions assez vives mais brèves.

Très vite une amélioration se dessine, la suppuration est presque tarie, les bords sont moins décollés et présentent de petites plages d'épidermisation. La cicatrisation se fait, rapide. Le 23 janvier, il ne reste plus sur la face dorsale qu'une ulcération large comme une petite fève. On espère que la guérison complète va survenir spontanément, et l'on interrompt le vaccin, d'autant plus que la provision est épuisée. La cicatrisation ne fait plus aucun progrès malgré les traitements locaux. Une petite ulcération nouvelle apparaît au méat.

Les 26 février, 4, 14, 18 et 23 mars, on fait de nouvelles injections de 1 cm³ de vaccin. Les réactions sont très légères et très brèves. La minime érosion du méat disparaît, l'ulcération du gland diminue.

Cependant, la cicatrisation n'est pas rapide. Elle semble même s'arrêter dès que l'on espace les injections de vaccin.

Aussi la vaccinothérapie est-elle régulièrement poursuivie (31 mars, 4, 8, 16, 21 avril, injections de 1 cm³). La violence des réactions diminue. La température atteint à peine 38 degrés. Les deux dernières doses (1 cm³) sont administrées au début de mai.

La cicatrisation de l'ulcération du gland est obtenue le 18 mai. Mais l'érosion qui s'est formée au niveau de l'urètre persiste. Sa présence retarde l'intervention plastique par laquelle on espère rendre au gland sa forme à peu près normale.

OBSERVATION III.

(L. BROcq, *Ann. de dermat. et de syph.*, 1916, p. 4.)

Phagédénisme chancrelleux à forme géométrique.

C'est en 1899 que notre attention a été attirée pour la première fois sur cette variété de phagédénisme. Deux femmes qui se trouvaient dans la salle Natalis Guillot de notre service de l'hôpital Broca, à quelques lits d'intervalle, furent atteintes simultanément d'accidents ulcéreux phagédéniques rapidement extensifs, caractérisés objectivement par un bord surélevé, taillé en talus fort rapide en dedans, d'un rouge vif en dehors, décrivant un grand ovale géométrique.

Chez l'une d'elles, le phagédénisme s'était développé sur la face externe de la cuisse, au niveau d'un chancre simple d'inoculation, et les caractères du phagédénisme n'étaient nullement celui du chancre simple dit phagédénique : il n'y avait pas de bords décollés, anfractueux, irréguliers. La configuration générale de l'ulcération était, je le répète, géométrique, absolument régulière, comme tracée à la main, plutôt ovalaire qu'arrondie : les bords formaient un talus surélevé; en dedans, ce talus figurait une pente rapide à 70 ou 75 degrés environ, était complètement ulcéré et se continuait avec l'ulcération centrale qui était irrégulière et sanieuse; en dehors, le talus s'affaissait en pente douce de 20 à 25 degrés vers les tissus sains et était d'un rouge vif presque violacé.

Chez l'autre, le phagédénisme s'était développé à la jambe sur des syphilides ulcéreuses, il avait exactement la même physionomie que le précédent et ne ressemblait nullement à des syphilides ulcéreuses.

OBSERVATION IV (Résumée).

(E. CANAL, thèse Paris, 1926.)

Chancre mou phagédénique à forme gangréneuse.

V..., 38 ans, entre le 9 mars pour sphacèle de la face antérieure du prépuce.

Le 2 mars, la lésion a débuté par une érosion du sillon balano-préputial. Le 6 mars, il consulte un médecin pour une tache jaune siégeant sur l'érosion précédente. Application d'une poudre jaune. Le 8 mars, le malade ne peut pas décalotter, il présente de l'œdème préputial : phimosis inflammatoire. Le 9 mars, on constate une tache noire sphacélique sur la face antérieure du prépuce. Le 9 au soir, le gland fait hernie au travers du prépuce perforé.

Le 11 mars, le gland baigne dans une mare de pus qui s'étend à tout le sillon balano-préputial; le prépuce œdématié est au-dessous du gland.

On fait des bains locaux au permanganate de potasse. La vaccinothérapie intraveineuse antistreptobacillaire est faite les 13, 15, 17, 19, 22, 24 mars.

Le lendemain de la première pigûre, il y a une diminution notable de la suppuration. La plaie est nettoyée, elle est beaucoup moins douloureuse. Le 29 mars, il ne reste plus qu'un point légèrement suppurant. La cicatrisation est presque terminée.

Le 31 mars, le malade presque guéri quitte le service; il doit rester au repos chez lui et continuer les pansements au permanganate. Il viendra dans le service où la surveillance sera continuée jusqu'à ce qu'une intervention chirurgicale esthétique soit possible.

OBSERVATION V (Résumée).

(BALZER et POISOT, *Ann. de dermat. et de syph.*, 1906, p. 604.)

Chancres mous gangréneux.

Mme B..., 32 ans, entre le 25 mai 1906 pour les ulcérations étendues et profondes siégeant symétriquement au niveau des plis génito-cruraux.

Le début remonterait aux premiers jours de mai. Quatre ou cinq jours après deux rapports suspects, seraient apparus un gonflement des grandes lèvres et une rougeur diffuse de la région crurale adjacente. Une dizaine de jours plus tard, la malade constate l'existence, dans chacun des plis vulvo-cruraux, d'une petite plaie de la grandeur d'une pièce de 1 franc.

Rapidement, ces ulcérations s'étendent en surface et profondeur, d'abord sans douleurs bien vives, puis rendant la marche douloureuse et finalement presque impossible. Un suintement abondant, purulent, séro-sanguinolent et très fétide, souille constamment la malade; des hémorragies locales apparaissent.

A son entrée à l'hôpital, deux ulcérations étendues et profondes occupent symétriquement les plis génito-cruraux, empiétant sur la face des grandes lèvres et sur la racine des cuisses. Irrégulièrement ovalaires, à contours nets, ces ulcérations mesurent : celle du côté gauche, allongée dans le sens du pli génito-crural, 6 à 7 centimètres sur 5; celle du côté droit, allongée transversalement sur la racine de la cuisse, 3 ou 4 centimètres sur 7. Les bords taillés à pic présentent un bourrelet rougeâtre. De toute la surface ulcérée s'écoule une sanie séro-sanguinolente, mêlée de pus et de lambeaux noirâtres, d'odeur infecte. La douleur au contact est vive.

Dans la région voisine se sont développées quatre petites ulcérations à bords décollés, à fond tomenteux, laissant suinter un pus jaunâtre, très douloureuses au contact, à base souple.

Les ganglions inguinaux ne sont ni tuméfiés ni douloureux. Température, normale; pouls, 76; langue saburrale; ni sucre ni albumine dans les urines, pas de vomissements, pas de céphalée. La

malade affirme que son état de santé habituel est excellent. Elle nie tout antécédent syphilitique, et il n'est pas possible d'en trouver un stigmate quelconque. Elle nie l'éthylisme.

Examen bactériologique (pratiqué avant tout traitement). — Dans le pus des grandes ulcérations, flore très riche et très variée avec nombreux spirilles peu colorés, rappelant ceux de Vincent. En certains points, mais en petit nombre, des bacilles fusiformes très colorés, à extrémités effilées, parfois réunis en diplo-bacilles, leur sont associés.

Il était difficile d'affirmer la présence du Ducrey; çà et là, de petits bacilles en navette, à centre clair, à extrémité très colorée, rappelaient l'aspect du bacille du chancre mou, et cette impression était confirmée par l'examen du pus des petites ulcérations où les bacilles de Ducrey étaient facilement reconnaissables. Par contre, les spirilles y étaient rares et il n'y avait pas de bacilles fusiformes.

Persuadés que la malignité locale était due aux spirilles plutôt qu'au Ducrey, nous avons institué des badigeonnages avec une solution de bleu de méthylène à 1 p. 200; en permanence, compresses imbibées d'eau oxygénée boratée.

Quarante-huit heures après, l'amélioration était manifeste, et le processus gangréneux enrayé. La réparation se fait rapidement.

Dès le deuxième jour, on constata la disparition des spirilles et des bacilles fusiformes; par contre, le bacille de Ducrey se recontrait encore au huitième jour en certains points des grandes ulcérations.

OBSERVATION VI (Résumée).

(H. GOUGEROT, *Paris médical*, 1927, p. 228.)

Phagédénisme chancrelleux superficiel guéri par le traitement anti-syphilitique.

N° 6763, âgée de 42 ans, sans antécédents syphilitiques avoués.

Les lésions ganglionnaires ont commencé en octobre 1925 par une adénite subaiguë douloureuse, sans raison connue, sans chan-

cre porte d'entrée. L'adénite s'ulcère trois mois après son début, en décembre 1926, et suppure; cette première fistule se ferme en février 1926, mais d'autres « abcès » et ulcérations se forment tout autour, s'agrandissent, confluent, donnant une large plaie suppurante irrégulière qui ravage l'aine sur une étendue de 15 sur 12 centimètres.

Les traitements locaux de cautérisation, la radiothérapie (8 séances en juillet 1926), les ultra-violets, le séjour à la campagne et l'héliothérapie restent sans résultats.

Le 3 novembre 1926, à notre premier examen, on aperçoit une large plaie de 12 centimètres sur 16, irrégulière, polycyclique, résultant de la confluence d'ulcérations et du phagédénisme. Les bords irréguliers, décollés, violacés, le fond anfractueux suppurant, le début ganglionnaire, font penser à un phagédénisme chancrelleux ganglionnaire sans chancrelle porte d'entrée; l'examen direct du pûs sur lame montre des polynucléaires très nombreux et des germes exceptionnels : cocci isolés et diplocoques, pas de Ducrey. Mais la culture révèle nettement le bacille de Ducrey. A ce propos, j'insiste sur la nécessité de rechercher très longuement le bacille de Ducrey et de ne pas se contenter des simples frottis, mais de toujours pratiquer des cultures.

C'était donc un phagédénisme chancrelleux ganglionnaire sans chancre mou porte d'entrée. Recherchant systématiquement la syphilis dans tous ces cas, je relève deux fausses couches, mais aucun antécédent; le Bordet-Wassermann est positif. J'institue donc le traitement antisypilitique seul, sans vaccin chancrelleux, sans caustiques locaux, et elle reçoit, du 9 novembre à la fin décembre, 0,15 à 0,75 de 914, totalisant plus de 5 grammes. Dès le 23 novembre, l'ulcération, jusque-là si rebelle, était cicatrisée.

RESERVATION VII.

(G. MILIAN et LENORMAND, *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 1927, p. 88.)

Chancres phagédéniques serpiginieux guéris par le traitement antisypilitique.

Le malade, âgé de 48 ans, entre salle Saint-Louis pour une vaste ulcération de la paroi abdominale.

En novembre 1924, ce malade est hospitalisé à Cochin, dans le service de M. Fournier, pour chancre mou et bubon fistulisé. On incise l'abcès ganglionnaire, et, malgré divers traitements locaux, la cicatrisation ne se fait pas. Le malade a contracté la syphilis à l'âge de 20 ans; le Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien est partiellement positif. Deux séries de dix piqûres de Quimby n'amènent aucune amélioration.

En mars 1925, passage dans le service de M. Chevassu, qui enlève la masse ganglionnaire inguinale. Quelques jours après s'ouvre la plaie opératoire et s'ensemence la paroi abdominale. La thérapeutique par les rayons ultra-violets se montre aussi inefficace que les traitements antérieurs.

En août 1925, le malade est envoyé à Berck avec le diagnostic de lymphogranulomatose. Auparavant, un examen pulmonaire pratiqué par le Docteur Pissavy n'a montré aucune lésion tuberculeuse. Ni la cure marine, ni le curettage des ulcérations n'auront d'action appréciable. Seules, trois séries de 914 (0 g. 30 à 0 g. 90) sembleront apporter quelque amélioration à l'état local.

Le 17 janvier 1927, le malade est envoyé à l'Hôpital Saint-Louis avec le diagnostic de lymphogranulomatose, et en nous demandant d'instaurer un traitement radiumthérapique.

On constate, dans les régions inguinale gauche et sus-pubienne, une cicatrice opératoire, irrégulière, adhérente aux plans musculaires. Au-dessous et à gauche de l'ombilic, dans une large zone infiltrée, recouverte d'une peau rouge violacée, se creuse une ulcération de la dimension d'une petite paume de main et pro-

fonde en certains points de 1 centimètre, ulcération irrégulière, vaguement polycyclique, à bords décollés et friables, à fond irrégulier, recouvert de pus et de sérosité. Au-dessus du pubis, il y a une ulcération plus petite.

A la verge, on trouve près du frein une petite cicatrice.

L'état général du malade, bon d'apparence, est cependant altéré, car cet homme a maigri de 10 kilos depuis qu'il est atteint de cette affection.

Les jours suivants, on fait une auto-inoculation. Elle est positive. On y trouve le bacille de Ducrey. Ce bacille est rare dans la sérosité de l'ulcération abdominale. On ne l'y voit qu'après un examen patient.

Le 23 janvier, le malade, qui nie tout antécédent syphilitique, est mis quand même au cyanure de mercure. Cette médication, associée aux pansements humides locaux, va amener une cicatrisation extrêmement rapide de l'ulcération abdominale.

Le 1^{er} février, celle-ci s'est rétrécie considérablement, elle s'est dissociée en trois petites ulcérations qui confluaient pour la constituer. Entre ces trois petites érosions à bords décollés, il y a des ponts de peau saine.

Le 8 février, la guérison est presque complète.

OBSERVATIONS VIII et IX (Résumées).

(H. GOUGEROT, *Paris Médical*, 1912, t. I, p. 502-504.)

Phagédénisme chancrelleux serpigineux.

1^o S. M..., 26 ans, a eu à la verge, en janvier 1911, deux ulcérations qu'un médecin qualifia de chancres mous.

Quelques jours plus tard apparut un bubon inguinal gauche, qui, rapidement, suppura et devint phagédénique. Bien que les chancres mous restassent bénins et ne tardassent pas à se cicatriser, le bubon phagédénique fit des progrès incessants et persistait encore dix mois après.

Lors de son entrée, le 22 avril 1911, le bubon phagédénique

est en pleine activité; il a environ 15 centimètres de hauteur; il ravage l'aine sur toute la surface antérieure de la cuisse, il envahit la paroi abdominale, il creuse le pli inguino-scrotal; les bords violacés, irréguliers, déchiquetés, décollés, recouvrent de profonds clapiers; le fond, inégal, vermoulu, suppure abondamment.

Le traitement, consistant en applications et en pulvérisations d'eau oxygénée, et, dans l'intervalle, en pansements humides avec des compresses imbibées d'une solution aqueuse de chlorure de zinc à 1/1.000, amène une détersion rapide de la plaie phagédénique.

Un liseré de cicatrisation apparaît sur le bord supérieur.

Les progrès se ralentissant, nous avons l'idée d'appliquer sur cette plaie atone et suppurante des sachets de boues radifères stérilisées. Le 28 mai 1911, la cicatrisation est manifestement activée; mais il reste des clapiers dans le pli inguino-scrotal où le pus s'accumule. Le 23 juin 1911, on ouvre au thermocautère ces clapiers et on coupe les languettes de peau décollées et flottantes. Cette petite intervention a dû être suivie d'une petite poussée septicémique, car, le soir, l'état général devient mauvais et, dans la nuit, la température monte à 40 degrés. Cet état fébrile dure jusqu'au 26 juin.

Le 3 juillet 1911, une nouvelle poussée d'infection est annoncée par des frissons, température à 40°6; état général mauvais; sur la verge se dessine une trainée lymphangitique. Le 4 juillet, on découvre un petit abcès sur le dos de la verge, qui s'ouvre spontanément vers le soir; le lendemain, la fièvre est tombée, mais les trainées rosées persistent jusqu'au 17 juillet, laissant après elles un œdème blanc, mou, chronique, de tout le fourreau de la verge. Ces poussées fébriles, loin de ralentir la cicatrisation du bubon, semblent l'accélérer. Le 10 août 1911, la cicatrisation s'arrête, et l'ulcération semble s'agrandir sans cause connue. Le décollement des bords, la suppuration, annoncent la reprise du phagédénisme. On tente des applications d'acide carbonique neutre. La cicatrisation reprend. Elle s'arrête à nouveau. On essaie, les 22 et 23 septembre, deux applications d'air chaud à 150 de

grés, et, le 26 septembre, une troisième application à 200 degrés; la cicatrisation semble s'activer pendant quelques jours, puis elle reste stationnaire, et, le 16 novembre, on aperçoit, au milieu d'une large cicatrice bridée, rétractée, cruro-abdominale, une ulcération de 3 centimètres de large environ, suppurante, se prolongeant dans deux petits clapiers à sa partie inférieure.

Le malade sort, malgré nos conseils, incomplètement guéri.

Ce phagédénisme est dû à un bacille du chancre mou. En effet, le bacille de Ducrey a été trouvé au début, en avril 1911 et en novembre 1911; il est le seul agent pathogène de ce phagédénisme, et l'on ne peut invoquer une infection secondaire pour expliquer ces lésions si graves.

La syphilis est à éliminer; jamais il n'y a eu d'accidents secondaires, et la réaction de Wassermann, éprouvée à plusieurs reprises, a toujours été négative en avril, août, octobre 1911.

2^b M. H..., 27 ans, a eu, en novembre 1907, deux chancres mous de la rainure balano-préputiale qui n'ont pas tardé à guérir.

Ces chancres s'accompagnaient d'un bubon suppuré inguinal gauche, qui fut incisé le 26 décembre 1907, puis thermocautérisé à la fin de janvier 1908.

En février 1908, pendant que la première incision se refermait, un placard rouge inflammatoire apparaissait un peu au-dessous du premier abcès, près de la racine de la cuisse, et ne tarda pas à suppurar, donnant un nouvel abcès communiquant avec le premier.

Puis, depuis quatre ans, toute la moitié supérieure de la cuisse a été ainsi ravagée par le phagédénisme, ulcérant ici, se cicatrisant là, envahissant de proche en proche la région pubienne, la partie inférieure de la paroi abdominale et la cuisse jusqu'à la fesse.

Loin de s'éteindre dans ces dernières semaines, le phagédénisme semble entrer dans une nouvelle phase d'activité.

Toute la face antérieure et la face externe de la racine de la cuisse, sur une hauteur de 33 centimètres, sur une largeur de 40 centimètres, sont parsemées de onze ulcérations disséminées sur

un fond cicatriciel. Ces ulcérations varient de la grandeur d'une pièce de 1 franc à 5 francs; plusieurs, en confluant, donnent des ulcérations vaguement polycycliques, mais l'aspect n'est pas syphiloïde; les segments ne sont pas formés d'un arc de cercle régulier, les bords sont décollés, le fond suppurant est inégal, bourgeonnant, rosé. Le fond cicatriciel est irrégulier, formé de traînées blanches séparées par des traînées pigmentées; par places, la cicatrice est rose violacé.

Pendant plusieurs semaines, on assiste, malgré les pansements antiseptiques, à l'évolution serpiginieuse du phagédénisme; une aire se cicatrise pendant qu'une nouvelle orbe ulcéreuse se forme. Un point autrefois cicatrisé s'ulcère à nouveau. C'est toujours le décollement des bords séparés du fond par un suintement purulent qui annonce la reprise du phagédénisme; au contraire, l'adhérence des bords au fond de l'ulcération, l'apparition d'un liséré épidermique, font prévoir la cicatrisation. Ces signes sont importants à retenir en pratique pour guider le traitement. Il faut, en effet, cautériser les bords décollés suppurants, respecter les bords adhérents qui se cicatrisent.*

Dans ces ulcérations, on retrouve le bacille de Ducrey.

Les topiques les plus variés ont été essayés, ce sont les boues radifères qui ont donné les meilleurs résultats. Des réactions de Wasserman, constamment négatives, permettent d'éliminer la syphilis.

OBSERVATION X (Résumée).

(TOURAINÉ et E. LORTAT-JACOB, *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 1933, p. 245.)

Phagédénisme chancrelleux serpiginieux.

L..., 45 ans, entre le 28 octobre 1932 pour une ulcération de la cuisse gauche, qui est traitée depuis deux ans sans résultat.

Début vers le 10 février 1930 par une adénite inguinale gauche, douloureuse, survenue peu après une ulcération de la verge qui s'est cicatrisée spontanément en une dizaine de jours. L'adénite

s'est ouverte, s'est fistulisée et a suppuré pendant quelques semaines pour guérir après cautérisations au chlorure de zinc et à l'iodoforme.

En même temps, apparut sur la face gauche du scrotum une petite ulcération douloureuse et suppurante qui guérit en un mois par le même traitement. Mais, dit le malade, « en me grattant, j'ai infecté la cuisse ».

Depuis cette époque, sur la face antéro-interne de la cuisse s'est développée une vaste ulcération qui a résisté aux divers traitements : pansements antiseptiques, iodoforme, 30 injections de Dmelcos.

A l'entrée du malade, l'ulcération, arrondie, couvre une large paume de main sur le triangle de Scarpa et déborde sur le bord interne de la cuisse. Le centre présente un vaste flot épidermisé, cicatriciel. Le pourtour de la plaie reste ulcéré, formant dans son ensemble un large demi-cercle. Le bord extérieur présente un certain polycyclisme, il est taillé à pic et très décollé. Par endroits, les bords sont déchiquetés, en ligne de crêtes. La plaie est occupée par de nombreux bourgeons charnus, baignant dans une suppuration abondante, verdâtre, non fétide. Les douleurs spontanées sont assez intenses pour empêcher le sommeil et gêner la marche; l'examen de la plaie est très douloureux. Sur le scrotum, en regard de la lésion crurale, existent deux plaies allongées, profondes et fistuleuses. Pas d'adénopathie. On ne trouve aucune lésion sur la verge.

Pas de lésions organiques : l'état général est excellent, la température est normale.

Une première recherche du bacille de Ducrey ayant été négative, nous avons envisagé la possibilité de différents diagnostics, au moins à titre d'association, pour expliquer les anomalies cliniques et évolutives de cette ulcération chancrelleuse. Nous avons donc procédé à divers essais de laboratoire et de traitement.

I. *Mycoses*. — Toutes les recherches ont été négatives. Un traitement ioduré (170 grammes d'iodure de potassium en trois semaines) n'a donné aucun résultat.

II. *Syphilis*. — Le malade nie tout antécédent spécifique. Cependant on relève sur ses incisives médianes supérieures des érosions ponctuées; sa femme a fait une fausse couche. Le Bordet-Wassermann est négatif à plusieurs reprises. Une biopsie ne montre qu'une infiltration inflammatoire chronique banale. Un traitement antisyphilitique (6 injections de cyanure de mercure et 17 de benzoate de mercure) n'apporte aucune amélioration.

III. *Chancrelle*. — L'intradermo-réaction au Dmelcos est négative le 9 novembre. Répétée le 23, elle est légèrement papuleuse le quatrième jour, sans que l'on puisse la qualifier de positive. Trois auto-inoculations successives au bras donnent, en quarante-huit heures, une petite pustule, dans laquelle on trouve de rares formes rappelant le bacille de Ducrey, sans que l'on puisse en affirmer l'identité. Une série de 6 injections de Dmelcos détermine une légère diminution de la douleur et de la suppuration.

La recherche du bacille de Ducrey sur frottis est à diverses reprises négative. Grâce à une coloration spéciale, on arrive enfin à trouver des bacilles de Ducrey indiscutables, réunis en petits paquets assez rares.

OBSERVATION XI (Résumée).

(P. RAVAUT, J. CELICE, J. VIBERT, *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 1927, p. 170.)

Chancres mou géant de la paroi abdominale.

R. E..., 35 ans, nous est adressé, le 26 janvier 1927, de la Pitié, par notre collègue Lenormant, pour une ulcération géante de la paroi abdominale ayant résisté pendant dix-neuf mois à tous les traitements.

Le 7 juillet 1925, le malade constate la présence, au niveau de sa région inguinale droite, d'une masse ganglionnaire peu douloureuse. Il aurait présenté, dans les trois semaines précédentes, une petite ulcération de la verge dont les caractères ne peuvent être précisés. On fait alors le diagnostic de hernie ancienne, et le port

d'un bandage exagère la tuméfaction qui devient douloureuse. Une réaction de Wassermann est négative.

Trois semaines après, la masse devient grosse comme le poing et violacée. L'incision laisse couler un liquide sanglant. La suppuration commence, la fistule s'élargit. On la traite par du bouillon-vaccin Grémy n° 3.

En mars 1926, la plaie a les dimensions d'une paume de main.

Dans les mois qui suivent, on essaie divers traitements, sans résultat : l'extension de la plaie continue. Quatre réactions de Wassermann ont été négatives. Le malade n'a d'ailleurs jamais eu aucun signe de syphilis. Il reçoit cependant, en décembre 1926, 4 injections intraveineuses de sulfarsénol.

En janvier 1927, il entre à Saint-Louis. On constate une ulcération oblongue, de la surface des deux mains juxtaposées, à grand diamètre suivant l'arcade crurale droite. A la partie centrale, une bande de tissu épidermisé, large de deux doigts, répond à la zone ganglionnaire primitivement atteinte. Le reste de la plaie est occupé par des bourgeons d'où sort une suppuration abondante, non fétide. Les bords sont déchiquetés, taillés à pic, irréguliers, décollés. L'ulcération est douloureuse et rend la marche difficile.

L'examen complet ne décèle aucun antécédent et aucun stigmaté de syphilis. Le Hecht est, pour la première fois, faiblement positif. Dans la plaie, on ne trouve de bacille de Ducrey ni par l'examen direct ni par la culture, il y a seulement du staphylocoque. L'examen à l'ultra ne montre pas de tréponème. La biopsie montre des lésions d'inflammation chronique.

Deux intradermo-réactions successives, faites au bras avec 0 cm³ 6 de Dmelcos, ne donnent lieu qu'à des réactions érythémato-nodulaires atténuées, qui régressent au sixième jour. La recherche du Ducrey à leur niveau est négative.

Un repiquage fait le 28 janvier avec du pus de la plaie détermine, en quarante-huit heures, un chancre mou typique. Ces résultats positifs font porter le diagnostic de chancre mou géant.

Les différents examens permettent d'éliminer la syphilis. On a alors recours au traitement par le Dmelcos, cependant que l'on panse la plaie au Dakin.

La première injections intraveineuse (2 février) détermine un choc violent (40° le soir même, 39°6 le lendemain). La suppuration diminue, les bords sont moins décollés.

Le 5 février, avant que la température soit revenue à la normale, on fait une deuxième injection, qui provoque une réaction plus intense que la première, durant trois jours : amélioration nette, disparition de la douleur. La cicatrisation progresse, et des ponts de tissu cicatriciel partant des bords gagnent le centre. Les trois dernières injections donnent lieu à des réactions de moins en moins fortes; la cicatrisation se poursuit lentement.

Actuellement, l'ulcération est en grande partie cicatrisée, les douleurs ont disparu. Le Dmelcos a eu une influence indéniable sur l'évolution de ce chancre phagédénique, résistant depuis dix-neuf mois à tout traitement.

OBSERVATION XII.

(LÉPINAY, *Bull. de la Soc. franç. de derm. et de syph.*, 1925, p. 308.)

Phagédénisme chancrelleux serpigneux.

J., 37 ans, syphilitique, traité depuis 1911, est atteint, en novembre 1923, d'une chancrelle du sillon balano-préputial. Quelques jours après une longue étape à cheval, apparaît une adénite inguinale gauche. Le chancre guérit rapidement, mais l'adénite évolue et s'ouvre spontanément par trois orifices. C'est alors qu'en voulant couper un poil baignant dans le pus du bubon, le malade se blesse légèrement à la cuisse; une érosion ainsi produite est le point de départ du phagédénisme. Incisé, le bubon se cicatrise en quelques jours, mais le phagédénisme continue de s'étendre malgré les traitements les plus divers.

A son entrée, à l'hôpital, le 10 février 1925, le malade présente un phagédénisme serpigneux qui a gagné toute la racine de la cuisse, la fesse, les régions inguinale et pubienne, dépassant la ligne médiane. Les lésions du pli inguino-crural, guéries, ont laissé

une cicatrice irrégulière et rétractée. On trouve aussi de-ci, de-là, quelques flots cicatriciels de même aspect. A la périphérie, le phagédénisme est encore en pleine activité et progresse chaque jour; les bords sont décollés, irréguliers, par place violacés, en d'autres endroits gangréneux. Il existe de nombreux petits abcès et des clapiers profonds et fistulisés.

L'examen direct de plusieurs prélèvements révèle en deux points la présence du bacille de Ducrey avec des associations microbiennes banales, mais on ne trouve pas de fusospirilles.

Une inoculation pratiquée au bras en même temps est positive.

Quelles furent, chez ce malade, les causes prédisposantes à un phagédénisme aussi grave ? Nous ne croyons pas à l'influence de la syphilis. Le malade s'était traité assez régulièrement, et depuis l'apparition de l'ulcère (novembre 1923) avait reçu, sans que celles-ci aient eu une influence quelconque sur son évolution, trois séries d'injections de novarsénobenzol, dont quelques-unes de 1 g. 20, et 2 séries de iodobismuthate de quinine.

A son entrée à l'hôpital, sa séro-réaction était négative. Le malade était très vigoureux (poids, 100 kilos; taille, 1 m. 72) et nullement débilité. Nous pensons que des varices de la cuisse et de l'abdomen ont toutes facilité l'extension de la lésion. Le phagédénisme avait, en effet, suivi le lacis des veinules superficielles que l'on trouvait sur toutes les régions atteintes.

Les traitements locaux antiseptiques ou caustiques et l'héliothérapie ayant échoué, après débridement des fistules et des clapiers, curetage des bords de l'ulcère et thermo-cautérisations répétées, on soumit le malade à des séances quotidiennes d'air chaud et on appliqua des pansements à l'éther.

En trois semaines, les deux tiers des ulcères étaient cicatrisés, et le malade est actuellement guéri.

OBSERVATION XIII.

(W. DUBREUILH et P. BROUSTET, *Ann. de derm. et de syph.*, 1925, p. 577.)

Phagédénisme chancrelleux serpiginieux.

R..., 31 ans, est suivi depuis longtemps dans le service de la Clinique dermatologique pour une ulcération phagédénique des fesses, consécutive à un bubon chancrellisé de l'aine droite.

Un chancre mou, apparu sur la verge en juillet 1920, fut suivi d'un bubon inguinal droit, dont un Fontan n'empêcha pas la chancrellisation. Bien vite, l'ulcération prit l'allure phagédénique, s'étendit à toute la région pubienne, au sillon génito-crural, au périnée (décembre 1920).

Des injections intraveineuses de cacodylate de soude arrêtent l'extension de la plaie. Elles provoquent même sa cicatrisation, à tel point que le malade semble guéri et quitte l'hôpital en mars 1921.

Guérison certainement incomplète. Sur les bords de l'ulcération se forment des clapiers. Ces clapiers persistent malgré la cicatrisation de l'ulcération. Ils forment des abcès sous la peau saine et finissent, en s'ouvrant, par former de ulcérations nouvelles. C'est dans ces conditions que R... revint à l'hôpital en septembre 1921, avec une large plaie de la face interne de la cuisse droite, qui avait débuté dans le voisinage immédiat de la cicatrice des premières lésions.

Malgré des traitements variés, elle prit une allure phagédénique, gagna le périnée, la marge de l'anus, les fesses. Un traitement anti-syphilitique (malgré le Wassermann négatif), la radiothérapie, les pansements à l'arsénobenzol, à la pommade de Reclus, restent sans effet. On pense un moment attribuer ces lésions au bacille de Koch.

En août 1923, l'ulcération a envahi la face interne des cuisses, le périnée, la partie interne des deux fesses. Deux autres, plus

petites, séparées de la première par une large bande de peau saine, occupent la région trochantérienne droite. Leur aspect est celui des ulcérations chancrelles les plus typiques.

L'extension de cette vaste plaie continue en 1923. Mais tandis qu'elle progresse par ses bords, son centre peu à peu se cicatrise; de telle sorte qu'en 1924 l'ulcération forme, autour d'une zone centrale faite de tissus cicatriciels, une couronne large de 6 à 10 centimètres, qui occupe la partie interne de la fesse gauche et s'étend beaucoup plus largement sur la fesse droite, atteignant le grand trochanter et la face postérieure de la cuisse. Par contre, la marge de l'anus, la région génito-crurale, le périnée, sont guéris.

On a essayé successivement et abandonné, au cours des années 1923 et 1924, les traitements les plus divers : lavages au bleu de méthylène, à la fushine; pansements à l'huile goménolée; enfumages iodés; injections intraveineuses de métaux colloïdaux, de tartre stibié. Rien ne peut arrêter l'extension des lésions.

En décembre 1924, la lecture du mémoire de M. Nicolle nous détermina à lui demander du vaccin et à essayer le traitement qu'il préconisait. Auparavant, la nature chancrelleuse de cette ulcération fut démontrée par la présence, dans le pus, de bacilles de Ducrey et une cuti-réaction fortement positive.

La première injection ($1/2 \text{ cm}^3$) est pratiquée le 6 janvier. Elle est suivie de réactions d'une violence et d'une durée extraordinaires (température à $40^{\circ}6$, le malade resta très fatigué pendant huit jours). L'état général de R... est d'ailleurs assez précaire : il fut réformé à 100 p. 100 pour tuberculose pulmonaire en 1919. Cette affection, dont l'évolution semble arrêtée, a laissé une condensation des deux sommets.

Malgré ces accidents généraux, l'amélioration locale est si manifeste que l'on n'hésite pas, les 15 et 22 janvier, à faire deux injections de 1 cm^3 . Les troubles sont moins violents et moins prolongés. Très vite alors on voit se rétrécir la couronne ulcéreuse; la suppuration diminue, les bords décollés deviennent adhérents; les clapiers se combler; des plages d'épidermisation apparaissent.

Le 31 janvier, le 5 février, de nouvelles injections (1 cm^3) sont pratiquées, à la suite desquelles il ne reste plus que quelques

petites plaies, isolés au milieu du tissu cicatriciel, et dont les dimensions n'excèdent pas celles d'une pièce de deux francs.

On interrompt alors la vaccinothérapie. Mais, le 17 février, il y a de nouveaux clapiers et de nouvelles plaies. On reprend le vaccin, et des injections de 2 cm³, assez bien supportées, sont faites le 21 et le 26 février, les 3, 6, 9, 10, 17, 20 et 23 mars.

Seules persistent à ce moment quatre petites ulcérations larges, comme une pièce de 1 franc, situées sur les bords de la cicatrice, et dont on ne peut, malgré le vaccin et des traitements locaux, obtenir la guérison. Il semble qu'une accoutumance se soit faite. Il apparaît même, çà et là, au bord de la cicatrice et sur la limite de la peau saine, des tâches rougeâtres de 1 centimètre de large en moyenne, mal limitées, à peine saillantes, molles, parfois surmontées d'une croûte. Quand on les ouvre en déchirant la voûte, on trouve une petite collection de pus qui s'étend sous la peau saine en la minant. L'ulcération ainsi découverte présente tous les caractères du chancre mou.

Deux nouvelles injections (27 mars, 1^{er} avril) ne sont pas plus efficaces. On interrompt alors le traitement, et le malade quitte le service pour quelques jours, ayant reçu 16 injections.

Il y revient le 12 avril. Bien qu'aucun traitement local n'ait été fait pendant son absence, son état ne s'est pas aggravé. Les ulcérations qu'il portait au départ n'ont augmenté ni en étendue ni en profondeur. Deux ou trois érosions, très superficielles, larges comme une pièce de 2 francs, ont fait leur apparition.

On reprend, dès son retour, les lavages à l'éther, les enfumages iodés. Aucun changement ne se manifeste. Aussi décide-t-on de reprendre la vaccinothérapie le 13 avril, et quatre injections sont pratiquées les 15 et 28 avril, 2 et 5 mai. Elles provoquent des réactions très brèves — cinq à six heures — et assez légères puisque la température ne dépasse pas 39 degrés. L'état général du malade est d'ailleurs très bon.

Localement, l'action du vaccin est beaucoup moins appréciable qu'elle ne le fut lors des premières injections. Un certain nombre d'ulcérations disparaissent, d'autres, vers le centre de la cicatrice, se forment. Elles sont peu profondes. Leurs bords, à peine décollés,

ne forment pas de clapiers. Et l'évolution rapide vers la guérison de la plupart d'entre elles est une preuve de leur bénignité.

Faute de vaccin, les injections sont interrompues, et le malade soumis au seul traitement local. Cependant, l'état reste stationnaire. Les ulcérations n'ont aucune tendance à l'extension. Beaucoup même guérissent. Mais d'autres se forment. Au moment où l'on va reprendre la vaccinothérapie pour une dernière tentative, on est obligé de renvoyer le malade par mesure disciplinaire.

Sans doute, à sa sortie de l'hôpital, il n'est pas complètement guéri. Quelques plaies persistent au voisinage des bords des ulcérations anciennes; d'autres, plus petites, au voisinage de l'anus. Mais les lésions qu'il conserve ne sont rien en comparaison de celles qu'il portait encore en décembre 1924, après quatre années de vains traitements.

L'action du vaccin est donc incontestable, bien qu'elle n'ait pas amené de guérison complète.

OBSERVATION XIV

(Professeur PETGES, Service de la Clinique dermatologique de Bordeaux.)

X..., âgé de 36 ans, entre dans le service de la Clinique dermatologique le 26 septembre 1932 pour une vaste ulcération de la fesse gauche. Il arrive de Brazzaville et est adressé à M. le Professeur Petges par le Docteur Pale, médecin des troupes coloniales à l'Hôpital de Brazzaville.

Antécédents personnels. — Scarlatine à l'âge de 6 ans. En 1919 (à 23 ans), il entre à l'hôpital Cochin dans le service du Docteur Queyrat. Il est porteur d'un chancre induré de la verge et présente un début de roséole. Son Bordet-Wassermann est fortement positif. Il reçoit une série d'injections intraveineuses de salvarsan (jusqu'à 0 g. 60). La roséole s'efface, le chancre se cicatrise; le malade quitte l'hôpital.

Il n'a jamais, par la suite, présenté d'accidents spécifiques, bien qu'il ait suivi un traitement irrégulier et insuffisant (une série de

novarsénobenzol en 1920 à l'Hôpital militaire de Tours; trois injections d'huile grise à Bruxelles en 1921; une série de novarsénobenzol à Brazzaville en 1924).

Histoire de la maladie: — En novembre 1931, alors qu'il était porteur d'un chancre mou de la verge diagnostiqué par un docteur de Kinchasa (Congo belge), il constate l'apparition d'une sorte de furoncle qui siège dans la région interfessière. Ce furoncle, traité par l'autohémothérapie, s'ouvre et donne naissance à une ulcération qui prend une marche extensive.

Le 21 février 1932, il entre à l'Hôpital de Brazzaville. Il présente alors une vaste plaie des dimensions d'une paume de main, siégeant sur la fesse gauche et empiétant sur le sillon interfessier. L'état général est mauvais, le malade a des accès palustres (*plasmodium falciparum*). L'analyse d'urine révèle la présence de traces d'albumine, d'une forte quantité d'uribiline, de pigments et sels biliaires, d'hémoglobine.

La plaie, traitée par la poudre puis la pommade de Bouffard, s'améliore très vite. Elle paraît néanmoins suspecte; on fait pratiquer un Hecht qui se montre légèrement positif (11 mars 1932). On commence alors une série de novarsénobenzol (jusqu'à 0 g. 75), arrêtée par le départ du malade, qui quitte l'hôpital et repart en brousse.

Le 17 mai 1932, il entre à nouveau à l'Hôpital de Brazzaville, porteur de vastes ulcérations de la région fessière gauche et du pli interfessier, qui suppurent abondamment et saignent au moindre contact. Il reçoit 2 grammes d'Hectine et 3 injections d'un sel de bismuth, sans être amélioré. On reprend alors le novarsénobenzol dont 8 injections (soit 5 g. 10) sont faites du 12 juin au 28 juillet 1932.

A la fin de cette cure, la lésion est presque guérie, mais il existe une douleur vive de la région sacro-coccygienne.

Du 6 au 24 août 1932, on pratique 10 injections de biiodure de mercure, suivies de 4 injections de novarsénobenzol, après quoi le malade est rapatrié.

Il entre le 26 septembre 1932 dans le Service de la Clinique dermatologique de Bordeaux, dans l'état suivant :

Malade pâle, anémié, amaigri, très faible, abattu par les douleurs qu'il ressent.

On constate sur la fesse gauche, face postérieure et face interne, l'existence d'une vaste ulcération de la dimension d'une paume de main. Les bords de cette ulcération sont durs, surélevés, cratériformes sur leur versant interne, leur contour est polycyclique, festonné; l'ensemble forme un grand cercle presque régulier. Le fond est anfractueux, sanieux, sa coloration est rougeâtre, avec des îlots sphacelés gris et brunâtres; en son centre, on voit de petits îlots d'épidermisation. Au voisinage de cette vaste ulcération existent deux tuméfactions d'apparence gommeuse, non ouvertes, ayant la forme et les dimensions d'une moitié de noix.

Sur la fesse droite, près du pli fessier, il existe une ulcération présentant les mêmes caractères, avec une surface moindre, ne dépassant pas 4 à 5 centimètres de diamètre.

L'aspect des lésions, de leur bordure festonnée, la dureté du talus formant cette bordure, l'aspect de l'ulcération, avec des bords sertis par un double liseré en cordonnet, gris sur le versant interne, rouge sur le versant externe, décrit par M. Petges comme nouveau signe du chancre mou, l'absence de suppuration, l'existence d'une syphilis antérieure, l'amélioration signalée par le malade (et confirmée par une lettre de M. le Docteur Pale, médecin colonial de l'Hôpital de Brazzaville) sous l'influence du traitement arsénobenzolé et bismuthique, la positivité de la réaction de Hecht, font porter le diagnostic de chancre mou probable et de syphilis tertiaire scléro-gommeuse, bien que la recherche du bacille de Ducrey ait été négative à plusieurs reprises.

Le traitement institué est tout d'abord antisyphilitique, pour mieux éliminer ou confirmer le diagnostic de syphilis, et consiste en injections combinées de sulfarsénol intraveineux et de bivatol. Du 27 septembre au 22 novembre 1932, le malade reçoit 15 injections de bivatol et 15 de sulfarsénol (dont 3 à 0 g. 60 et 3 à 0 g. 66, soit, au total : 6 g. 48).

Localement, l'ulcération est traitée par des pulvérisations bi-quotidiennes d'eau oxygénée pure et des pansements vaselinés sans iodoforme, toutes autres applications étant douloureuses.

Le 27 octobre 1932, l'ulcération de la fesse gauche a pris une forme en croissant à concavité inférieure, les bords sont découpés, festonnés, polycycliques, géographiques; ils sont surélevés, taillés à pic, entourés d'une zone rougeâtre et dure; le fond, jaune verdâtre, est irrégulier et bourgeonnant, avec des points culminants framboesiformes; certains sont en voie de cicatrisation, d'autres en voie d'accroissement. Vers le sillon interfessier, la cicatrisation progresse, déterminant la formation d'une plaque scléreuse, saillante, rosée.

A 7 centimètres au-dessus de l'anus, à gauche du sillon interfessier, il existe aussi une ulcération nummulaire de 4 à 5 centimètres de diamètre, à bords irréguliers, dont le centre est presque complètement cicatrisé. Une troisième ulcération, plus petite (1 franc), siège à droite de la marge de l'anus.

A 3 centimètres en arrière de l'anus, on note un orifice par lequel sourd du pus. Une sonde, introduite, conduit au contact osseux du coccyx.

La cicatrisation se produit lentement, et, le 30 novembre 1932, l'apparence générale est, non plus d'une vaste ulcération unique, mais de multiples ulcérations séparées par suite de la cicatrisation partielle. Ces lésions ne sont plus infectées, les bords sont moins polycycliques, le fond est rouge vif.

Sur ces bases, l'absence de la guérison escomptée incite à fouiller le diagnostic dans le sens du chancre mou phagédénique, et une intradermo-réaction au Dmelcos est pratiquée le 4 novembre : elle donne un résultat positif trois jours après.

Les frottis ne permettent pas plus qu'avant de trouver le bacille de Ducrey.

Du 8 décembre 1932 au 4 février 1933, le traitement consiste en injections intraveineuses de vaccin antichancrelleux de Nicolle (Dmelcos), au nombre de 7 (de 250 à 450 millions de germes par injection). Les réactions sont très violentes, on note des températures très élevées (40°2, 41°, 40°2, 40°9, 40°8, 40°7, 40°8). Les lésions s'améliorent considérablement et rapidement, la suppuration cesse, la cicatrisation progresse. Malheureusement ce traitement doit être arrêté par suite de l'apparition d'albuminurie (de 0 g. 09 à 0 g. 30) et d'hématuries.

Le 30 mars 1933, le Bórdet-Wassermann n'est plus que faiblement positif. Du 1^{er} au 24 avril, on fait une série de 6 injections de sulfarsénol : aucune amélioration.

Un frottis, après prélèvement fait avec un soin spécial, par le Professeur Petges, dans le fond et les bords des anfractuosités, *par raclage* sur les zones actives d'accroissement et non pas seulement par étalement de pus, permet de mettre en évidence de nombreux bacilles de Ducrey. D'autre part, une auto-inoculation faite sur le tiers supérieur d'un bras donne un résultat positif.

Dès lors le traitement est poursuivi dans une voie bien déterminée avec plus de conviction.

Les urines étant redevenues normales, on reprend les injections intraveineuses de vaccin antichancrelleux de Nicolle (Dmelcos), au nombre de trois (225 à 450 millions de germes), du 1^{er} au 24 mai 1933. On ne peut les continuer, car le malade présente les mêmes accidents que précédemment. Les lésions restent stationnaires.

C'est alors que la vaccination locale a été commencée avec des résultats satisfaisants. Quatorze injections sont pratiquées du 6 juin au 29 juillet 1933 (225 millions de germes), déterminant des chocs variables, mais en général peu violents. La température a atteint une fois 40°8, mais le plus souvent elle s'est maintenue aux environs de 39 degrés.

Malgré tout, à diverses reprises et en particulier en juillet 1933, ce traitement a dû être interrompu pendant quelques jours, parfois pendant une ou deux semaines, toujours pour les mêmes raisons (réaction générale avec fatigue rénale, avec albuminurie et hématuries). A chacune de ces interruptions l'amélioration cesse et les lésions recommencent à s'étendre.

Du 5 septembre au 10 octobre, 7 nouvelles injections locales de vaccin antichancrelleux de Nicolle (Dmelcos, 350 millions de germes) sont faites : peu ou pas de réactions fébriles. L'état local reste stationnaire.

Vers le 20 octobre, le traitement est repris et conduit avec intensité. Des injections locales du même vaccin sont de nouveau pratiquées, au nombre de 5, du 3 au 23 novembre 1932. Les doses sont élevées de 330 à 675 millions de germes. La dernière injection

est même portée à 1 milliard 350 millions. Les chocs consécutifs sont assez violents, notamment après la dernière injection, la température s'élève à 41°4. Cependant, le malade ne présente plus ni albumine ni sang dans les urines.

A diverses reprises, le traitement local a consisté à faire de l'enfumage iodé quotidien après détersion à l'éther. Mais l'infiltration des lésions n'a pas permis à l'iode d'agir à une profondeur suffisante.

Le pansement est fait de la façon suivante : le fond des ulcérations est recouvert de pommade Mencièrè, les bords et le pourtour sont enduits d'une pommade à l'oxyde de zinc; des compresses enduites de cette pommade recouvrent le tout.

Sous l'influence de ce traitement énergique, l'amélioration est rapide. Les lésions tendent à se combler, la cicatrisation progresse activement. A l'heure actuelle, il ne reste plus à cicatrizer que trois ulcérations festonnées, à faible rayon, situées l'une sur la partie supérieure et interne de la fesse gauche, l'autre sur la partie inférieure et interne de la même fesse, la troisième à droite de l'anus. La cicatrisation totale paraît prochaine. Il persiste cependant, à 3 centimètres au-dessus de l'anus, le trajet fistuleux qui a été signalé et qui conduit au contact du coccyx dénudé. Celui-ci, à la radiographie, apparaît flou et comme amputé. On attend la guérison des ulcérations chancrelleuses pour intervenir chirurgicalement sur cette fistule. Il n'a pas paru opportun de risquer les suites d'une intervention large avec résection du coccyx, porte ouverte au phagédénisme chancrelleux.

Commentaires.

Nous avons pensé qu'il serait bon de commenter brièvement les observations que nous citons, et de voir si elles entrent bien dans le cadre des formes cliniques que nous décrivons au début de ce travail.

L'observation I (Benzécri) nous donne une description typique du phagédénisme diphtéroïde, avec présence du bacille

de Ducrey. Nous nous en sommes d'ailleurs inspiré pour décrire l'aspect du chancre diphtéroïde.

L'observation II (W. Dubreuilh et P. Broustet) concerne un chancre mou phagédénique térébrant qui a détruit presque entièrement le gland. Le caractère térébrant, rongeur, de l'ulcération est donc bien net; l'aspect des lésions est caractéristique. Le malade a guéri par des injections intraveineuses de vaccin antichancrelleux.

L'observation III (empruntée à Brocq et Cl. Simon) démontre que le phagédénisme géométrique peut venir compliquer un chancre mou. La lésion initiale est ici, en effet, un chancre mou d'auto-inoculation. De plus, l'apparition du phagédénisme géométrique, à la même date, chez deux malades occupant des lits voisins, sur des ulcérations de nature différente, a incité les auteurs à penser que l'affection qu'ils décrivent est due à un processus particulier, différent du processus des autres phagédénismes.

L'observation IV (Canal) relate l'histoire d'un chancre mou gangréneux survenu chez un sujet porteur d'un phimosis inflammatoire. Cas également typique, avec hernie du gland à travers le prépuce perforé; nécessité d'une intervention plastique ultérieure.

L'observation V (Balzer et Poisot) a trait à une forme un peu différente de chancre mou gangréneux, où la symbiose fuso-spirillaire de Vincent joue un rôle capital. Elle masque à un certain moment la présence du bacille de Ducrey et communique aux ulcérations un aspect tout particulier.

Un traitement s'adressant à la symbiose fuso-spirillaire débarrasse la plaie de cette infection et détermine une amélioration considérable.

Les observations qui suivent ont toutes rapport à la *forme en surface* du phagédénisme chancrelleux.

L'observation VI (Gougerot) montre que cette forme de phagédénisme chancrelleux peut se développer à partir d'un bubon chancrelleux fistulisé. Le bacille de Ducrey a été trouvé après culture du pus de l'ulcération. Le Bordet-Was-

sermann était positif. Le traitement antisypilitique s'est montré efficace et a déterminé la cicatrisation totale.

Dans l'observation VII (Milian), nous voyons une ulcération phagédénique succéder à l'ouverture chirurgicale d'un bubon chancrelleux. La lésion résiste pendant dix-neuf mois à de nombreux traitements. Elle cède finalement à une cure de cyanure de mercure intraveineux.

Les observations VIII et IX (Gougerot) permettent de constater la bénignité du chancre initial et la gravité du bubon qui donne lieu à des accidents phagédéniques. Les ulcérations ont l'aspect caractéristique du phagédénisme serpigneux. Il est impossible d'incriminer dans ces cas une syphilis sous-jacente.

Dans l'observation X (Touraine et Lortat-Jacob), il s'agit d'un phagédénisme chancrelleux qui s'est développé sur un chancre mou auto-inoculé par le grattage. Ici encore, aspect typique de phagédénisme serpigneux. La syphilis est soupçonnée, mais son traitement n'a apporté aucune amélioration. Le bacille de Ducrey est très rare dans la lésion. Le vaccin antichancrelleux semble modifier légèrement l'ulcération.

Observation XI (Ravaut, Célice et Vibert) : Il s'agit ici encore d'un phagédénisme chancrelleux serpigneux succédant à la fistulisation d'un bubon chancrelleux. Le Hecht est légèrement positif, mais le traitement antisypilitique n'a aucun résultat. Au contraire, le Dmelcos améliore considérablement le phagédénisme.

Dans l'observation XII (Lépinay), l'auteur décrit un phagédénisme chancrelleux qui succède à la chancrellisation d'une petite plaie des téguments, la marche serpigneuse de la lésion est très nette. Celle-ci envahit, en effet, successivement la racine de la cuisse, les régions inguinale et pubienne, la fesse. Le malade est un ancien sypilitique qui a été convenablement traité. Les ulcérations ont suivi le tracé des varices superficielles qui existaient sur les régions précitées.

L'observation XIII (Dubreuilh et Broustet) relate un cas

de phagédénisme serpigineux des fesses (dont nous publions une photographie). Les lésions sont également caractéristiques. L'affection a été guérie par des injections intraveineuses de vaccin antichancrelleux de Nicolle.

L'observation XIV (du malade hospitalisé dans le service du Professeur Petges) a trait à un chancre mou phagédénique évoluant sur la région des fesses. Nous en publions une photographie sur laquelle on pourra constater que les ulcérations présentent les mêmes caractères que dans le cas précédent. Il s'agit donc bien d'un phagédénisme chancrelleux serpigineux évoluant chez un syphilitique ancien. L'affection est en voie de guérison à la suite d'un traitement par injections locales de vaccin antichancrelleux de Nicolle (Dmelcos).

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE DU PHAGEDENISME CHANCRELLEUX

I. — *Fréquence et siège.*

FRÉQUENCE. — Le phagédénisme chancrelleux est une affection rare. Voici les quelques renseignements statistiques que nous avons pu retrouver :

A. Fournier, cité par Verrier dans sa thèse, aurait observé 44 cas de phagédénisme chancrelleux en 22 ans; il donnerait une proportion de 0,6 p. 100 environ.

Artigue, dans sa thèse sur *La chancrelle en Algérie*, nous communique un pourcentage plus élevé : 1,3 p. 100 sur un total de 1.103 chancres mous.

Enfin, Hudelo et Rabut ont rencontré 6 cas de phagédénisme sur 712 cas de chancre mou, soit un pourcentage de 0,84 p. 100 environ.

Le Professeur Petges n'en a pas personnellement observé plus de 2 cas.

Ces statistiques ne sont pas assez nombreuses pour que nous puissions en tirer des déductions intéressantes.

SIÈGE. — Le phagédénisme chancrelleux se développe à partir d'un chancre mou génital, d'un chancre mou extra-génital, ou d'un bubon chancrelleux fistulisé.

a) *Chancre mou des organes génitaux.* — Toutes les variétés cliniques du phagédénisme chancrelleux peuvent reconnaître comme origine un chancre mou génital. Nous ferons cepen-

dant remarquer que le *phagédénisme térébrant*, qui s'observe le plus souvent chez l'homme, succède dans la majorité des cas à un chancre mou du gland, du sillon balano-préputial, et plus rarement à un chancre mou du fourreau, du scrotum.

Le *phagédénisme gangréneux* présente, lui aussi, les mêmes affinités territoriales.

Quant au *phagédénisme serpigineux*, on peut le voir prendre naissance en ces lieux, mais ce n'est point là son terrain habituel.

b) *Chancre mou extragénital*. — Le chancre mou initial peut être également extragénital. Il peut siéger au pourtour des organes génitaux, sur le pubis, la racine des cuisses, la partie inférieure de l'abdomen, le périnée, la région périanale, la marge de l'anus, les fesses. On peut aussi l'observer plus loin des organes génitaux, sur les jambes, sur l'abdomen, les bras, la face. Mais ces localisations sont bien moins fréquentes.

Le chancre mou en question est parfois primitif, mais souvent il s'agit d'un chancre auto-inoculé chez un malade porteur d'une chancrelle génitale ou d'un bubon chancrelleux fistulisé. Cette auto-inoculation est due soit au grattage, soit à la chancrellisation d'une écorchure, d'une petite plaie que le malade présentait en un point quelconque de ses téguments.

On a vu également le phagédénisme prendre naissance au niveau d'une inoculation pratiquée par le médecin en vue du diagnostic d'une ulcération génitale.

Tous ces chancres mous extragénitaux peuvent être le point de départ des différentes variétés de phagédénisme chancrelleux. Mais on est frappé, à la lecture des nombreuses observations de *phagédénisme serpigineux* contenues dans la littérature médicale, par le fait que cette forme de phagédénisme se développe très souvent à partir de chancres mous extragénitaux, et en particulier de chancres auto-inoculés. Jusqu'à présent, on n'a pu établir les causes de cette prédilection; on en est donc réduit à constater ce fait sans pouvoir l'expliquer.

c) *Bubon chancrelleux fistulisé*. — Les bords de la fistule d'un bubon chancrelleux de l'aîne peuvent subir une déviation phagédénique. Ici encore, nous notons l'extrême fréquence du *phagédénisme serpigineux* et la rareté des autres formes cliniques.

Après ce bref exposé touchant la fréquence et le siège du phagédénisme chancrelleux, nous allons aborder son étude étiologique proprement dite, et passer en revue les différents facteurs qui pourraient avoir une influence sur sa production.

II. — *Causes prédisposantes.*

AGE. — Tout d'abord, l'âge aurait-il une influence sur l'apparition du phagédénisme ?

En passant en revue les différentes observations de phagédénisme chancrelleux, nous arrivons à cette conclusion que l'affection se rencontre surtout pendant la période d'activité génitale maxima de l'individu, c'est-à-dire entre 20 et 45 ans. L'âge ne semble donc pas jouer un rôle important; jeunes et vieux sont frappés à peu près également.

SEXE. — En ce qui concerne le sexe, il nous a semblé que l'homme paraissait un peu plus touché que la femme.

RACE. — Nous n'avons pas trouvé de renseignements plus précis en ce qui concerne les facteurs ethnographiques. La *race* semble avoir peu d'importance en elle-même. L'affection se rencontre en Europe, en Afrique, en Amérique du Nord, en Amérique du Sud, en Amérique centrale, aux Indes, en Malaisie, en Australie.

CLIMAT. — Au point de vue *climat*, les renseignements font également défaut. Cependant, il nous semble permis de supposer que les climats chauds, les climats tropicaux, pourraient être favorisants, en raison peut-être de leur *action débilissante* sur les Européens, peut-être aussi en raison des *maladies tropicales cachectisantes* (paludisme, dysenterie), qui sévissent dans les pays chauds.

On connaît aussi la fréquence, sous ces climats, de la *symbiose fusco-spirillaire de Vincent*. Or, nous le verrons plus loin, cette association microbienne peut jouer un rôle dans la production de certaines variétés de phagédénisme.

G. Little (de Londres) a insisté sur le fait que beaucoup de malades atteints de phagédénisme serpigineux sont des coloniaux ou d'anciens coloniaux. Il écrit, de plus, que le phagédénisme chancrelleux serpigineux doit être plus fréquent qu'on ne le croit sous les tropiques, parce qu'il est souvent confondu avec le granulome vénérien et rapporté sous ce nom dans la littérature médicale.

G. Giglioli et J. de Azua exposent les mêmes opinions.

Rosenberger aurait observé après la Grande Guerre une véritable épidémie de phagédénisme, et il en verrait la cause dans la présence en Europe d'un grand nombre de troupes de couleur.

J. Mac Donagh fait remarquer que les malades qu'il a observés ont vécu aux colonies.

Le malade du Professeur Dubreuilh (obs. XIII) avait également fait un séjour en Orient, il y avait contracté le paludisme.

Le malade dont nous rapportons l'observation a vécu, lui aussi, aux colonies. Il a vu débiter son affection au Congo français; il était à ce moment très affaibli et présentait des accès palustres.

Il est donc permis de penser que ces circonstances peuvent, dans une certaine mesure, favoriser l'apparition du phagédénisme.

Nous tenons cependant, avant de terminer l'étude du facteur climat, à faire remarquer que beaucoup d'individus n'ayant jamais séjourné dans les pays chauds, présentent du phagédénisme chancrelleux. Il ne faudrait donc pas exagérer la valeur de ce facteur.

Le facteur terrain.

Le facteur terrain a été considéré autrefois comme ayant une importance capitale. Nous allons passer en revue les opinions que l'on a émises sur sa valeur propre dans la production du phagédénisme chancrelleux.

A. — CAUSES D'ORDRE GÉNÉRAL.

« Il est bien certain que toutes les causes qui influencent la constitution, de façon à l'altérer ou à l'affaiblir, sont autant de prédispositions au phagédénisme. »

Ainsi s'exprime Ricord dans ses *Leçons sur le chancre*, et voici l'énumération de ces causes : « La misère, les privations, les habitations malsaines et humides, le scorbut, la scrofule, les maladies antérieures, les excès, et notamment l'abus des alcooliques, les affections morales tristes, etc. » La plupart des auteurs reconnaissent une influence à l'état général déficient que peuvent présenter certains malades : un organisme affaibli se défend mal et résiste peu aux assauts des germes infectieux; ceux-ci y trouvent un terrain favorable à leur séjour et à leur pullulation.

Cependant on est bien forcé d'admettre que, dans de nombreux cas, ce facteur état général semble jouer un rôle bien effacé : on voit, en effet, le phagédénisme s'installer chez des individus jeunes, vigoureux, ne présentant aucune tare, aucun état morbide décelable.

Il nous resterait, dans ce paragraphe, à traiter d'un terrain particulier : le terrain syphilitique. Nous avons préféré en différer l'étude; nous exposerons plus loin, dans un paragraphe spécial, ce que l'on pense à l'heure actuelle des symbioses syphilitico-chancrelleuses.

B. — CAUSES D'ORDRE LOCAL.

Parmi les causes d'ordre local, on a mis autrefois au premier plan la malpropreté et les irritations.

La *malpropreté* pourrait, certes, avoir une influence sur la déviation phagédénique d'une lésion chancrelleuse. On connaît, en effet, la multiplicité des germes qui vivent en saprophytes au niveau d'une muqueuse génitale ou d'une peau malpropres. Ces germes, dans certaines conditions, pourraient récupérer leur virulence et associer leur action à celle du bacille de Ducrey. La *facteur malpropreté*, dans ces conditions, serait synonyme d'association microbienne. Nous étudierons plus loin le rôle qui peut être attribué à ces associations dans la production du phagédénisme.

A cette malpropreté s'ajoutent souvent des *irritations diverses*. On a cité des irritations causées par des topiques intempestifs, des « remèdes de bonne femme » conseillés par des empiriques. Benzécri, dans sa thèse, nous apprend qu'en Algérie (où le phagédénisme semble un peu plus fréquent qu'en France), les indigènes ne viennent parfois consulter le médecin qu'après avoir essayé différents traitements, consistant entre autres en applications locales de bouse de vache, de poudre d'aloès, etc. Dans ces cas, l'irritation et l'infection sont associées.

On a mis également en cause, dans certains cas, l'irritation qu'exercent sur les tissus les *antiseptiques trop forts*.

J. Mac Donagh, M. Quiroga, Fernandez de La Portilla et Ruiz de Arcaute, J. Labadie, et bien d'autres auteurs ont invoqué également comme causes favorisantes du phagédénisme les *tentatives d'exérèse*, les *cautérisations ignées* des lésions chancrelleuses, les *interventions chirurgicales* (circoncisions, incisions), pratiquées en la présence de chancres mous. Il n'est pas douteux que ces interventions en foyer chancrelleux ouvrent de nouvelles et larges portes à l'infection, qu'elles apportent bien souvent des bacilles de Ducrey avec ou sans germes associés à pied d'œuvre, en plein tissu sain. Elles peuvent donc, dans une certaine mesure, favoriser l'apparition du phagédénisme ou l'aggraver s'il existait déjà.

On a invoqué encore, dans l'étiologie du phagédénisme

chancrelleux, les *localisations particulières* que peuvent présenter les lésions chancrelleuses primitives. Il est évident que les lésions siégeant au voisinage de l'anus, du méat urinaire, sont constamment irritées par le passage des urines et des matières fécales; qu'elles sont propices au développement des infections secondaires. De même nous avons vu que le *phagédénisme gangréneux* se développait fréquemment sur le gland des sujets porteurs d'un phimosis serré, inflammatoire ou congénital; dans ce cas, on conviendra que la lésion est difficilement accessible au traitement, et que sa situation « en vase clos » est éminemment favorable au développement des germes anaérobies.

Diverses autres circonstances ont été mises en relief par différents auteurs. Dans une observation qu'ils publient, Louste, R. Cahen et Vanbockstaël signalent que leur malade avait eu ses relais ganglionnaires détruits par une suppuration antérieure de l'aîne; le terrain était donc en moindre état de résistance.

Dans un cas publié par Lépinay (obs. XII), l'auteur pense que des varices superficielles de la paroi abdominale et de la cuisse auraient favorisé l'apparition du phagédénisme, en causant une certaine perturbation dans la nutrition des tissus.

Enfin il faut incriminer les *traitements insuffisants* ou *mal conduits*, souvent par *manque de conviction en présence d'un diagnostic mal établi*.

Donc, nous le voyons, les causes locales ou générales qui ont été invoquées dans la production du phagédénisme sont très variées. Nous ne croyons pas que, prise séparément, chacune d'entre elles puisse déterminer son apparition. Mais il est permis de penser que, plus ou moins associées, capables de modifier le terrain, elles peuvent favoriser le développement du phagédénisme chancrelleux.

Le facteur germe.

La part qu'il convient de faire au rôle du terrain et celles que l'on doit réserver au bacille de Ducrey et aux associations microbiennes dans l'étiologie du phagédénisme chancrelleux ne sont pas encore nettement établies. On a beaucoup discuté au sujet du facteur microbien, l'accord n'est pas encore fait sur bien des points, et l'on en est souvent réduit à des hypothèses.

A. — RÔLE DU BACILLE DE DUCREY.

Quelques auteurs ont émis l'hypothèse que le phagédénisme était dû à une *race particulière*, hypervirulente, de bacilles de Ducrey. Cette opinion est certes défendable; mais alors comment expliquer que si l'on remonte (comme l'ont fait A. Fournier, Ch. Mauriac, et d'autres encore) à la source de contagion d'un chancre phagédénique, on ne trouve qu'un tout petit chancre mou en voie de cicatrisation?

Certains auteurs, parmi lesquels Balzer, H. Gougerot, R. Rabut, etc., ont supposé que le phagédénisme reconnaîtrait pour cause une *exaltation de la virulence* du bacille de Ducrey. Cette explication cadre bien avec l'allure aiguë de certains phagédénismes, comme le phagédénisme térébrant. Il se peut que dans ces cas le bacille de Ducrey, du fait d'associations microbiennes, du fait d'irritations diverses, manifeste une exagération de sa virulence. Mais dans le phagédénisme serpigineux, tendant à la chronicité, cette manière de voir ne semble pas correspondre aux faits. Nous savons, de plus, que dans cette forme le bacille de Ducrey est parfois rare, que bien des examens sont nécessaires pour le mettre en évidence; qu'en général, les auto-inoculations faites au porteur ou à un sujet sain donnent naissance à un chancre mou ordinaire, qui n'a que très rarement tendance au phagédénisme (Rollet, Ricord, Fournier, Buschke, etc.); parfois même, elles provoquent seulement de petites pustules sans bacilles nets (Touraine), ou contenant de très rares bacilles (Milian).

On a émis une troisième hypothèse suivant laquelle le phagédénisme chancrelleux reconnaîtrait pour cause une certaine *anergie de l'organisme* vis-à-vis du bacille de Ducrey; que cette anergie soit élective ou qu'elle soit d'ordre plus vaste et due à un état général déficient. Hudelo et Rabut ont insisté sur ce fait; Touraine fait remarquer que, dans un cas de phagédénisme chancrelleux serpigineux qu'il a observé, les intradermo-réactions au Dmelcos ont été très faibles, et que les injections de Dmelcos n'ont apporté que lentement l'amélioration escomptée.

Demanche insiste sur le fait que le bacille de Ducrey persiste très longtemps dans les ulcérations et que l'on peut, « au bout de plusieurs années, l'y retrouver encore en cultures pures ».

Donc, nous le voyons, le rôle du bacille de Ducrey est sujet à discussion. Cependant, un fait mérite d'être mis en lumière. Dans de nombreux cas de phagédénisme térébrant ou serpigineux, l'action du Dmelcos a apporté une *amélioration, parfois une guérison que tous les agents thérapeutiques locaux ou généraux employés auparavant n'avaient pu réaliser*. Ce résultat montre que le bacille de Ducrey joue un rôle assez considérable dans certains cas de phagédénisme, puisqu'une médication spécifique réussit seule à amener la cicatrisation totale ou subtotale des lésions.

Nous ne pouvons songer à préciser la manière dont agit le bacille. Peut-être pourra-t-on le faire dans un avenir proche, et cela grâce à l'étude minutieuse des faits, en se basant sur de nombreuses observations et sur des tests biologiques et expérimentaux.

B. — RÔLE DES ASSOCIATIONS MICROBIENNES.

Etant données les localisations du chancre mou, il n'est pas rare de voir certains germes venir s'ajouter au bacille de Ducrey.

Dans le *chancre mou phagédénique gangréneux*, par exem-

ple, on sait depuis longtemps que le caractère gangréneux dominant est communiqué à l'ulcération par les germes anaérobies, ou par la symbiose fuso-spirillaire de Vincent. Celle-ci a été observée par plusieurs auteurs, parmi lesquels nous citerons H. Gougerot, Balzer et Poisot.

Le *phagédénisme géométrique* de Brocq et Cl. Simon pourrait également reconnaître comme cause l'association du bacille de Ducrey à certains germes. Ces deux auteurs avaient déjà soupçonné le rôle des germes d'association lorsqu'ils publièrent leur mémoire en 1916. Ils avaient insisté sur le fait que ce phagédénisme particulier se reproduisait avec les mêmes caractères sur des lésions très diverses (chancre mou, syphilides ulcéreuses, etc.).

P. Chevallier, Lévy-Bruhl et Moricard ont publié en 1931 une observation de phagédénisme géométrique, dans laquelle ils ont pu mettre en évidence le rôle d'un staphylocoque doré recueilli sur la plaie. Ce staphylocoque, expérimenté sur divers animaux, s'est montré très virulent; de plus, une injection sous-cutanée d'émulsion de tissus broyés a déterminé chez le cobaye la formation d'une ulcération creuse, à marche rapide, à bords « dessinés en orbes ».

Enfin le phagédénisme a guéri par des injections sous-cutanées d'un autovaccin fait à partir du staphylocoque isolé sur la plaie.

Ces faits, s'ils sont plus tard confirmés par d'autres faits semblables, pourraient éclaircir l'étiologie du phagédénisme géométrique.

On a également signalé, dans différentes formes de phagédénisme, la présence de germes divers. Jausion a trouvé un colibacille sur un chancre mou géant de la cuisse, et la lésion a guéri à la suite d'injections de vaccin anticolibacillaire; l'auteur se demande si ce succès est dû aux chocs déterminés par les injections de vaccin, ou si celui-ci a eu une action vraiment spécifique.

G. Little dit avoir eu connaissance d'un cas dans lequel on trouva du proteus en abondance. Un autovaccin amena la

suppression de la suppuration et de la fétidité de la plaie, mais n'eut aucune action sur la cicatrisation.

Oudard et Jean ont publié un cas de phagédénisme térébrant de l'aine avec ulcérations artérielles et hémorragies, où un streptocoque fut rencontré en abondance.

On voit donc combien cette question des associations microbiennes est complexe et mal connue. Si l'association microbienne joue un rôle à peu près certain dans le phagédénisme gangréneux et dans le phagédénisme diphtéroïde, si elle semble de quelque importance dans le phagédénisme géométrique, son action est, par contre, moins évidente dans le phagédénisme térébrant.

Quant au phagédénisme serpigineux, il ne semble pas d'habitude en relation avec les associations dont nous venons de parler. Par contre, on a souvent invoqué dans son étiologie une symbiose syphilitico-chancrelleuse.

C. — LES SYMBIOSES SYPHILITICO-CHANCRELLEUSES.

Les auteurs du siècle dernier avaient déjà parlé de l'importance du terrain syphilitique dans la production du phagédénisme chancrelleux. Plus récemment, M. le Docteur Milian a mis à l'ordre du jour cette question très discutée. Pour lui, et pour ses élèves, certaines formes de phagédénisme chancrelleux (et particulièrement la forme en surface) sont dues presque exclusivement à une symbiose syphilitico-chancrelleuse : « ... Chaque fois que nous voyons une chancrelle qui devient phagédénique, et surtout qui se prolonge d'une manière anormale, nous pensons qu'il s'agit d'une association syphilitico-chancrelleuse, la chancrelle ayant attiré *in situ* le tréponème, à la façon d'une plaie traumatique. » (Milian.)

Gougerot partage, dans une certaine mesure, cette opinion; il est cependant moins affirmatif, et croit dans certains cas à l'existence d'un phagédénisme chancrelleux pur, sans syphilis associée.

Comme preuves à l'appui de cette thèse, on peut citer les faits suivants :

Certains chancres mous phagédéniques présentent des caractères appartenant aux lésions syphilitiques tertiaires : forme polycyclique, bords taillés à pic, indurés, marche centrifuge, avec présence d'îlots d'épidermisation, évolution très lente. De plus, les malades chez qui évoluent ces lésions sont des syphilitiques anciens, connus ou méconnus.

Enfin le traitement syphilitique guérit très rapidement (en quinze jours dans un cas) des lésions phagédéniques qui évoluaient depuis des années. Ce traitement agirait par hétérothérapie.

Certes, cette hypothèse est très séduisante; malheureusement, si elle a été vérifiée dans quelques cas, il en est d'autres où elle ne semble pas correspondre exactement aux faits cliniques.

En effet, chez certains malades qui présentent du phagédénisme serpigineux, il est impossible de dépister des stigmates cliniques ou sérologiques de syphilis. Dans les observations les plus récentes et les plus complètes, nous trouvons deux cas de Gougerot (obs. VIII et IX), où la syphilis n'a pu être décelée et où le traitement antisypilitique est resté complètement inefficace. Hudelo et Rabut citent également trois cas dans lesquels les recherches diverses n'ont pu prouver l'existence d'une syphilis sous-jacente.

Dans le cas observé par le Professeur Dubreuilh (obs. XIII), malgré un Wassermann négatif à plusieurs reprises, un traitement antisypilitique fut essayé sans résultats appréciables.

Enfin, dans la catégorie des malades qui présentent des stigmates ou des signes nets de syphilis, bien souvent le traitement de cette affection se montre totalement inopérant sur la marche des lésions.

Dans l'observation publiée par Touraine (obs. X), la syphilis fut soupçonnée grâce à l'existence d'érosions sur les incisives médianes supérieures, le Wassermann fut négatif à plusieurs reprises; cependant, un traitement antisypilitique (170 grammes d'iodure de potassium en trois semaines, puis

6 injections de cyanure, puis 17 injections de benzoate de mercure) n'apporta aucune amélioration.

Dans l'observation rapportée par P. Ravaut, Célice et Vibert (obs. XI), le Bordet-Wassermann fut six fois négatif; une fois la réaction de Hecht fut seule légèrement positive; le traitement spécifique d'épreuve ne donna aucun résultat; par contre, la lésion guérit par des injections intraveineuses de Dmelcos.

Dans un cas de Lépinay (obs. XII), où la syphilis était connue et avait été traitée régulièrement, le phagédénisme ne bénéficia pas du traitement antisypilitique.

Hudelo et Rabut ont observé également trois malades anciens syphilitiques atteints de phagédénisme chancrelleux; chez deux d'entre eux, le traitement spécifique fut inopérant; par contre, ils guérirent par des injections de Dmelcos. Le troisième fut légèrement amélioré par un traitement anti-sypilitique intensif.

Benzécri, Melchior Robert et Vigne ont signalé eux aussi des cas semblables où ils ont noté l'échec du traitement arsenical.

Notre malade est un ancien syphilitique, il a reçu à diverses reprises des traitements antisypilitiques assez importants qui ont déterminé une amélioration locale nette, mais qui n'ont jamais pu, à eux seuls, amener la guérison complète des lésions. D'autre part, toutes les fois que les circonstances ont permis d'utiliser le vaccin antichancrelleux de Nicolle (Dmelcos), on a remarqué que l'amélioration était considérable et que la cicatrisation se faisait rapidement. Actuellement, notre malade est presque guéri, de jour en jour ses lésions se comblent activement.

Après l'exposé de ces faits, il semble bien que la syphilis puisse jouer un rôle dans certains cas; par contre, dans d'autres circonstances, son rôle paraît plus effacé.

On peut donc considérer trois catégories de faits :

L'une dans laquelle la syphilis est la *dominante étiologi-*

que, et où le traitement de cette affection amène la guérison du phagédénisme chancrelleux.

La seconde dans laquelle la syphilis est prouvée ou soupçonnée, mais où son traitement n'a que peu ou pas d'influence sur les lésions chancrelleuses.

Enfin une dernière où la syphilis n'existe pas, où la symbiose syphilitico-chancrelleuse ne saurait être invoquée.

Dans la première catégorie, les faits sont indiscutables, le phagédénisme est dû à la symbiose syphilitico-chancrelleuse, avec prédominance du rôle de la syphilis.

Dans la seconde catégorie, la part qu'il faut faire à l'infection syphilitique est bien plus difficile à établir.

Nous avons vu que, dans certains cas, le traitement antisiphilitique ne donne pas de résultat appréciable; à cela, M. le Docteur Milian objecte que ce traitement n'a pas dû être suffisant. C'est très possible, cependant un traitement particulièrement intensif et prolongé ne nous semble pas toujours nécessaire pour déterminer une amélioration. En effet, dans l'observation publiée par Gougerot (obs. VI), des injections de 914 ont déterminé en quinze jours la cicatrisation d'une ulcération chancrelleuse phagédénique.

Nous nous demandons plutôt s'il ne faudrait pas chercher la cause de l'inefficacité du traitement antisiphilitique dans le fait que la syphilis jouerait ici un rôle seulement de terrain, et que le tréponème ne serait pas attiré au niveau des lésions. Ces formes seraient donc peut-être conditionnées par un terrain syphilitique, tout en n'excluant pas les autres causes favorisantes et en réservant une grande place, dans l'étiologie, au rôle du bacille de Ducrey, qui semble ici prédominant en raison des succès que donne l'emploi du vaccin antichancrelleux de Nicolle.

D'autre part, nous avons vu que certains cas semblent nettement influencés par le traitement antisiphilitique (nous en citons un exemple dans l'observation que nous rapportons, due à l'obligeance de M. le Professeur Petges). Le rôle de la syphilis nous semble là assez important : l'aspect des lésions

est, en effet, syphiloïde, et de plus cet aspect se modifie à la suite du traitement novarsénobenzolé et bismuthique. Mais nous voyons bientôt cette amélioration se ralentir, s'arrêter, et il arrive un moment où le traitement de la syphilis n'a plus aucune action. A cette période, le vaccin de Nicolle détermine un regain de cicatrisation et une guérison presque complète. Il s'agit donc, dans ce cas, d'une symbiose syphilitico-chancrelleuse où l'influence du bacille de Ducrey est moins que négligeable.

Dans la dernière catégorie de faits, nous voyons le phagédénisme évoluer sur des terrains non syphilitiques, être très amélioré et parfois guéri par des injections de vaccin anti-chancrelleux. Donc ici le bacille de Ducrey semble jouer un rôle de tout premier plan.

D'après ces données, nous voyons combien il est difficile de délimiter la part exacte qui revient à la syphilis dans la production du phagédénisme chancrelleux. Le rôle de la syphilis nous semble très variable dans les différents cas que nous avons étudiés, et l'on est amené à penser qu'il n'existe pas « un » mais « des » phagédénismes chancrelleux dont certaines formes, plus ou moins ressemblantes, sont déterminées par des combinaisons variées des différents facteurs que l'on a pu soupçonner ou mettre en évidence.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC DU PHAGEDENISME CHANCRELLEUX

I. — *Diagnostic différentiel.*

En tant que lésion, le diagnostic de phagédénisme s'impose après l'examen des lésions et l'interrogatoire du malade. Il est bien plus difficile de préciser sa nature et son origine. On devra distinguer successivement :

A. — Le phagédénisme syphilitique.

Dans le phagédénisme syphilitique, il faut envisager le phagédénisme du chancre, celui des syphilides, et surtout le phagédénisme tertiaire.

Le *phagédénisme de l'accident primaire* est assez rare. Il affecte surtout la forme gangréneuse, la forme térébrante ou la forme diphtéroïde. L'interrogatoire du malade pourra faire préciser la durée de l'incubation du chancre, plus longue que celle du chancre mou. On pourra, dans certains cas, retrouver l'induration de la base. Les bords sont taillés à pic, peu déchiquetés, peu ou pas décollés. La lésion présente un certain relief sur la base indurée, elle donne l'impression de reposer sur une tumeur. Le fond est, en général, moins irrégulier que celui du chancre mou. Enfin on pourra constater dans l'aine la présence d'une pléiade ganglionnaire caractéristique. La recherche du tréponème dans la sérosité très abondante que secrète l'ulcération pourra être positive. Le

Wassermann donnera plus tard un élément de diagnostic important.

Enfin, l'évolution de cette lésion est assez rapide; elle présente, en général, une tendance peu envahissante, une durée plutôt courte.

Dans les cas de *phagédénisme des syphilides*, on pourra retrouver parfois, par l'interrogatoire, la notion d'un chancre antérieur, d'une roséole; l'examen peut montrer une adénopathie caractéristique.

Les lésions reposent sur une base indurée; elles sont un peu en saillie. Les bords sont taillés à pic, le fond est lisse et très suintant. On trouve généralement des tréponèmes en abondance.

Le *phagédénisme tertiaire* affecte certaines ressemblances avec le phagédénisme chancrelleux. Dans les antécédents on pourra parfois mettre en évidence une syphilis; la coexistence d'un autre accident tertiaire non phagédénique mettra parfois sur la voie du diagnostic. Le Wassermann n'est pas toujours positif.

La lésion tertiaire phagédénique se présente sous forme d'une ulcération de dimensions variables; elle prend souvent une configuration « en haricot ou en croissant ». Les contours sont circinés, polycycliques. Les bords sont épaissis, taillés à pic, non décollés. Ils présentent une induration « en cadre ». Le fond de l'ulcération est irrégulier, bourbillonneux, il a souvent une couleur « chair musculaire »; il sécrète une matière gommeuse qui donne l'impression d'une fonte tissulaire plutôt que d'un pus.

Le phagédénisme tertiaire affecte une marche serpigineuse ou térébrante. Dans le premier cas, il s'étend en surface et présente souvent des plages de cicatrisation centrales; cette forme ressemble donc au phagédénisme chancrelleux serpigineux. Dans le second cas, il peut causer des désordres assez considérables en profondeur, et simuler parfois un phagédénisme chancrelleux térébrant.

Le diagnostic différentiel sera donc fait par les caractères

des bords, leur induration, et par les caractères du fond des ulcérations.

Les examens de laboratoire, les auto-inoculations, pourront aider au diagnostic.

B. — Le phagédénisme du chancre mixte.

Le chancre mixte phagédénique est très difficile à diagnostiquer. Ses caractères tiennent à la fois du chancre mou et du chancre syphilitique.

L'interrogatoire pourra montrer que l'incubation a été courte; un malade qui s'observe aura pu noter un beau jour un changement brusque dans l'aspect de son chancre. On se basera également sur les caractères de l'adénopathie, caractères, à vrai dire, parfois inconstants.

Le diagnostic clinique est très délicat. On se trouve en présence d'une ulcération reposant souvent sur une base indurée. Les bords sont parfois taillés à pic, mais décollés à leur base. Ils sont assez réguliers, moins déchiquetés que ceux du chancre mou. Le fond de l'ulcération n'a rien de pathognomonique, il sécrète en abondance une sérosité purulente.

L'inoculation pourra être d'un grand secours; elle déterminera le plus souvent la formation d'un chancre mou typique. L'intradermo-réaction au Dmelcos sera aussi très utile.

La recherche du tréponème sera parfois positive si le chancre n'a pas été traité; celle du bacille de Ducrey, dans la zone d'extension, pourra l'être également. On notera que le Wassermann devient positif plus tard après le début du chancre. Enfin si le malade vient consulter assez tard, l'apparition d'une roséole lèvera bien des doutes.

C. — Le granulome vénérien des pays chauds.

(*Granuloma inguinale, pudenda, venereus.*)

On a décrit sous ce nom une affection qui, dans bien des cas, se rapproche de certaines formes de phagédénisme chan-

crelleux. Cette affection se rencontre dans les pays chauds (Afrique, Sud de l'Asie, Amérique centrale, Amérique du Sud, Malaisie, Océanie).

Son étiologie est assez mal connue. On invoque souvent la présence dans les lésions d'un bacille décrit par Donovan. Son origine vénérienne, très discutée, semble cependant admise.

La lésion primaire est constituée par un nodule qui siège le plus souvent sur les organes génitaux et ne détermine pas d'adénopathie. Il se produirait à la suite d'érosions ou d'ulcérations dues à la syphilis, à une balanite, ou consécutives à une intervention chirurgicale (G. Giglioli). L'évolution est lente, torpide, avec par moments des poussées assez fortes.

L'état général reste bon, sauf aux périodes avancées.

Les lésions sont localisées aux aines et aux parties génitales. Elles sont caractérisées par un processus ulcératif, et des réactions fibreuses des différents tissus. Elles se présentent sous forme d'ulcérations superficielles à bords festonnés, réguliers, arrondis et non décollés. Le fond des ulcérations est lisse, rouge brillant; il sécrète une sérosité assez abondante d'odeur particulière. La base est infiltrée, le tissu environnant présente une réaction fibreuse assez importante.

Enfin les lésions semblent surélevées et leurs bords sont légèrement éversés. Elles sont, en général, très douloureuses.

Le diagnostic doit donc être fait avec la forme serpiginieuse du phagédénisme chancrelleux. Les caractères des bords, du fond, le relief des lésions, leur évolution, ainsi que les anamnétiques, permettront de différencier les deux affections. Enfin le laboratoire contribuera, par exclusion, au diagnostic.

D. — Le phagédénisme de l'ulcère des pays chauds.

L'ulcère phagédénique des pays chauds est très répandu sous les tropiques. Il serait dû, dans la plupart des cas, à l'association fuso-spirillaire de Vincent qui viendrait compli-

quer une plaie préexistante. Il est favorisé par un mauvais état général et par le manque de soins.

La lésion est constituée par une ou plusieurs ulcérations assez régulièrement circulaires, à bords mous, décollés, rougeâtres, douloureux. Par la suite, les caractères de cette bordure changent, elle devient dure, blanchâtre, indolente.

Le fond de l'ulcération est assez irrégulier, recouvert d'une sorte de fausse membrane visqueuse, adhérente, de couleur gris verdâtre, qui présente par endroits des concrétions noirâtres. L'odeur est très fétide. La lésion s'étend en surface et en profondeur, causant des désordres très accentués.

L'aspect de cette lésion est, nous le voyons, assez caractéristique. L'ulcère des pays chauds ne peut être confondu qu'avec certains chancres mous compliqués par la symbiose fuso-spirillaire de Vincent. Le laboratoire, les inoculations, aideront puissamment au diagnostic.

E. — Les ulcérations tuberculeuses.

Les ulcérations tuberculeuses sont relativement rares au niveau des organes génitaux. Il s'agit d'ulcérations franches, douloureuses, à bords minces, décollés, grignotés. La couleur de ces bords est particulière, elle est livide, violacée. Le fond des lésions a un aspect atone caractéristique, une consistance molle; il présente de nombreuses granulations rappelant des grains de tapioca.

Les lésions sont douloureuses, leur marche est très lente.

F. — L'association tuberculo-syphilitique.

L'association tuberculo-syphilitique (scrofulate de vérole de Ricord) peut, dans certains cas, en imposer pour une lésion chancrreuse phagédénique. Cependant, on remarquera que la lésion repose souvent sur un placard induré, de coloration violette. Ses bords surélevés, taillés à pic, non décollés, sont festonnés, polycycliques, violacés. Son fond, sillonné de vallonnements, d'aspect muriforme, anfractueux, est semé

de bourgeons charnus longueux, livides; par places, il est recouvert de croûtes épaisses, irrégulières, craquelées, de couleur jaune brunâtre; il sécrète une sérosité puriforme jaunâtre.

La marche de l'affection est lente.

L'étude minutieuse des anamnestiques, les critères sérologiques, expérimentaux, et surtout le critère thérapeutique, mettront sur la voie du diagnostic exact.

II. — *Diagnostic positif du phagédénisme chancrelleux.*

On fera le diagnostic positif du phagédénisme chancrelleux en se basant sur les caractères suivants des ulcérations :

Bords : décollés, irréguliers, festonnés ou grignotés, souvent épaissis. Zone d'extension rouge. Signe du double liséré de Petges. Forme géométrique dans le phagédénisme décrit par Brocq et Cl. Simon.

Fond : irrégulier, anfractueux, piétiné. Présence de clapiers. Saignant facilement à la détersion. Après celle-ci, aspect rougeâtre, mamelonné, avec îlots sphacelés grisâtres ou brunâtres.

Base : infiltrée, mais non indurée. Pas de relief.

Sécrétion : purulente ou séro-purulente. En général, pus tissulaire épais, jaune ou jaune grisâtre.

L'interrogatoire renseignera sur les antécédents, sur la durée d'incubation du chancre.

L'auto-inoculation, dans certains cas, donnera un résultat positif, de même que *l'intradermo-réaction* au Dmelcos.

Le laboratoire contribuera au diagnostic par la recherche du bacille de Ducrey. A ce propos, le Professeur Petges a insisté sur le fait que le bacille de Ducrey est plus facilement trouvé lorsque le prélèvement est fait en certains points particuliers des ulcérations. Il faut, en effet, effectuer les prélèvements dans le fond et les bords des anfractuosités, par raclage des zones d'accroissement (liséré rouge de Petges), et ne pas se contenter d'un simple étalement de pus prélevé en un point quelconque de la lésion.

CHAPITRE VI

LE TRAITEMENT DU PHAGEDENISME CHANCRELLEUX

Un nombre considérable de traitements et de médicaments a été utilisé contre le phagédénisme chancrelleux avec des résultats très variables. L'acquisition du vaccin de Nicolle permet de les classer comme désuets et inutiles. Nous n'avons donc pas l'intention d'énumérer leurs vertus et leurs mérites plus grands dans le passé que dans le présent. Cette étude sortirait du cadre de ce modeste travail, qu'elle allongerait inutilement. Nous nous contenterons de rappeler les directives générales du traitement et d'exposer une thérapeutique particulière dont l'effet a été favorable sur les lésions que présentait le malade que nous avons observé (obs. XIV).

Le *traitement local* devra s'adresser au bacille de Ducrey. On emploiera avec avantage l'iodoforme, les enfumages iodés, la chaleur (méthode de M. Carle), etc.; il devra également s'adresser aux germes d'association qui peuvent nécessiter une thérapeutique particulière (association fuso-spirillaire, germes de la gangrène).

Les cautérisations ignées ou par les divers caustiques, lorsque l'on jugera utile de les employer, devront porter sur les bords d'attaque de la lésion; on respectera les points où la cicatrisation s'est amorcée. Les compresses en contact avec la plaie devront être de préférence enduites d'un corps gras stérile, afin que lors de la réfection du pansement, on ne déchire pas les tissus auxquels ces compresses auraient pu adhérer.

Le *traitement général* devra s'adresser au bacille de Ducrey (vaccin antichancrelleux de Nicolle) et, dans certains cas, aux divers germes dont des frottis et des cultures auront pu révéler la présence. Dans le phagédénisme gangréneux, on utilisera la sérothérapie antigangréneuse, qui a donné de bons résultats. Les autovaccins donnent parfois également des succès notables.

Dans tous les cas où la syphilis pourra être dépistée, et même lorsqu'elle sera seulement soupçonnée, on instituera un traitement mixte, à la fois antisiphilitique et antichancrelleux (vaccin de Nicolle). Parfois, certes, le traitement antisiphilitique seul peut guérir les lésions; mais, dans d'autres circonstances, il semble apporter seulement une amélioration, après laquelle l'état local reste stationnaire. A ce moment, le vaccin antichancrelleux de Nicolle injecté au malade provoquera la guérison escomptée.

Chez le malade que nous avons observé dans le service de la Clinique dermatologique de Bordeaux, le traitement novarsénobenzolé et bismuthique a produit cette amélioration dont nous parlons. Mais la guérison escomptée n'a pas été obtenue. On a eu alors recours, à diverses reprises, aux injections intraveineuses de vaccin antichancrelleux de Nicolle (Dmelcos) qui se sont montrées très efficaces. Malheureusement, comme nous l'avons exposé plus haut, ce traitement n'a pu être poursuivi régulièrement et d'une façon assez intense.

M. le Professeur Petges a eu l'idée d'essayer des injections locales de vaccin antichancrelleux de Nicolle (Dmelcos). Ces injections locales, pratiquées à l'aide d'une petite seringue et d'une fine aiguille sous le bord d'attaque de la lésion, en piquant en tissu sain tout autour des ulcérations, ont donné des résultats brillants. Consécutivement, les chocs ont été moins violents, le malade était moins fatigué; au début, ses urines contenaient encore un peu d'albumine et quelques hématies, mais au cours de la dernière série d'injections, elles furent absolument normales. Les doses de

vaccin étaient cependant assez élevées. (de 675 à 1.350 millions de germes par injection).

Localement, les lésions étaient pansées à la pommade Mencièrè, ainsi composée :

Gaiacol	1 g.
Eucalyptol	1 g.
Iodoforme	1 g.
Baume du Pérou	1 g.
Vaseline	100 g.

Le Professeur Petges l'emploie souvent contre le chancre mou et le bubon chancrelleux, suriodoformée avec 10 à 20 p. 100 d'iodoforme au lieu de 1 p. 100.

Le pourtour des ulcérations et les compresses du pansement étaient soigneusement enduits d'une pommade à l'oxyde de zinc.

Cette thérapeutique, en raison du succès qu'elle a remporté, méritait donc d'être mise en relief.

CONCLUSIONS

I. — Le phagédénisme chancrelleux est d'observation ancienne.

II. — C'est une complication assez rare à notre époque, qui peut prendre différentes formes : diphtéroïde, térébrante, géométrique, gangréneuse, serpigineuse.

III. — Son étiologie, assez mal connue, n'est pas univoque. Elle est souvent favorisée par des conditions de terrain. Certaines de ses formes (gangréneuse, diphtéroïde, géométrique) paraissent déterminées par l'association du bacille de Ducrey à des germes particuliers. Dans d'autres circonstances, la syphilis peut être incriminée, soit par la symbiose syphilitico-chancrelleuse de Milian et Périn, soit au titre de facteur terrain.

Par ailleurs, il existe des cas de phagédénisme chancrelleux où le rôle du bacille de Ducrey semble prédominant, sans que l'on puisse encore établir s'il faut invoquer, pour expliquer ce phagédénisme, une exaltation de la virulence de ce bacille ou une certaine anergie du terrain vis-à-vis de cet agent.

Le déterminisme du phagédénisme chancrelleux est donc lié à une multitude de causes et de facteurs qui s'associent dans des combinaisons variables.

IV. — Le diagnostic devra éliminer divers processus, et principalement le phagédénisme syphilitique, l'association

tuberculo-syphilitique, — scrofulate de vérole de Ricord, — le granulome vénérien, les ulcérations tuberculeuses. Le diagnostic précis sera basé sur la recherche du bacille de Ducrey, avec prélèvement, non dans le pus où le bacille de Ducrey est détruit, mais opéré par raclage dans les zones d'accroissement (liséré rouge de Petges) ou dans les anfractuosités au niveau du fond de l'ulcération.

L'auto-inoculation positive, l'intradermo-réaction au vaccin de Nicolle, confirmeront souvent le diagnostic, en l'absence même de la constatation du bacille de Ducrey.

V. — Le pronostic du phagédénisme chancrelleux est sérieux, parfois grave.

VI. — Le traitement doit viser le bacille de Ducrey, par action locale, iodoforme, enfumage iodé, etc., et par action générale, vaccination antichancrelleuse de Nicolle; doit viser aussi les associations microbiennes soupçonnées ou constatées; la syphilis, si celle-ci est prouvée ou soupçonnée. Ces divers traitements combinés amèneront souvent la guérison escomptée, que, pris séparément, ils n'auraient pu provoquer.

Dans le cas de phagédénisme chancrelleux serpigneux que nous avons observé (obs. XIV), les injections locales de vaccin antichancrelleux de Nicolle (Dmelcos), ont donné un heureux résultat.

VU : POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

J. GUYOT.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

G. PETGES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER .

Bordeaux, le 2 décembre 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ARTIGUE (A.). — La chancelle en Algérie. Thèse Montpellier, 1908.
- AUBERT (P.). — La chaleur et le chancre simple. *Lyon médical*, 1883, t. II, p. 37 et 479.
- AUDRY (Ch.). — Précis élémentaire des maladies vénériennes, 3^e éd. Baillière, édit., Paris, 1922.
- AUGAGNEUR (V.) et CARLE (M.). — Précis des maladies vénériennes. Doin, édit., Paris, 1927.
- BERDAL. — La pratique des maladies vénériennes. Maloine, édit., Paris, 1906.
- BALINA (P.) et QUIROGA (M.). — Tratamiento de los chancros blandos serpiginosos o rebeldes por tuberculina. *La Semana medica*, 1929, p. 153.
- BALZER. — Maladies vénériennes. In *Traité Gilbert et Carnot*, t. VII, p. 205. Baillière, édit.
- BALZER et POISOT. — Grands chancres mous gangréneux cruro-vulvaires. *Ann. de dermat. et de syph.*, 1906, p. 601-604.
- BASSEREAU. — Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis. Baillière, édit., Paris, 1852.
- BAUGÉ (E.). — Le chancre mou phagédénique à forme térébrante. Thèse Paris, 1899.
- BELHOMME (L.). — Du chancre phagédénique et de son traitement. Thèse Paris, 1862.
- BENZÉCRI (E.). — La chancelle en Algérie. Thèse Alger, 1924.
- BROCO (L.) et SIMON (Cl.). — Contribution à l'étude du phagédénisme. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1908, p. 290.
- BROCO (L.). — Nouvelle contribution à l'étude du phagédénisme géométrique. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1916, p. 1.

- BUSCHKE (A.). — Ueber den Zunehmenden der phagédanismus. *Deuts. Med. Wochenschr.*, 1924, p. 358.
- CANAL (L.). — Le vaccin antistreptobacillaire, son emploi dans le chancre mou et ses complications. Thèse Paris, 1926.
- CARLE (M.). — A propos du traitement du phagédénisme. *Ann. des mal. vénér.*, 1924, p. 506.
- CARRÉGA (F.). — Contribution à la pathogénie de l'ulcère phagédénique des pays chauds. Thèse Bordeaux, 1910.
- CARMICHAËL (R.). — An essay on venereal disease. London, 1826, p. 165.
- CHEVALLIER (P.), LÉVY-BRUHL et MORICARD. — Un cas d'idiophagédénisme vulvaire. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 1931, p. 212.
- Phagédénisme de la verge, culture d'un staphylocoque doré pathogène, autovaccin, guérison. *Ibid.*, 1931, p. 448.
- DE AZUA (J.). — Ulcus molle serpiginosum. *Actas dermo-sifilograficas*, 1917, p. 221.
- DÉJEAN (J.). — Le traitement du bubon chancrelleux par la vaccinothérapie spécifique. Thèse Bordeaux, 1931.
- DEMANCHE (R.). — Le chancre simple. In *Nouveau Traité de médecine* de Roger, Vidal et Teissier, t. I. Masson, édit., 1924.
- DIDAY (P.). — La pratique des maladies vénériennes, 4^e éd., Asselin et Houzeau, édit., Paris, 1894.
- DUBREUILH (W.). — Traitement du chancre mou. In *Traité de thérapeutique* de Robin, t. V, 1912.
- DUBREUILH (W.) et BROUSTET (P.). — Traitement des chancres mous et de leurs complications par le vaccin de Nicolle. *Bull. gén. de thérapeut.*, 1926, p. 361.
- Traitement des chancres mous et de leurs complications par le vaccin de Nicolle. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1925, p. 577.
- Traitement des chancres mous par le vaccin de Nicolle. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 1925, p. 182.
- DU CASTEL (R.). — Les affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme. Doin, édit., Paris, 1891.
- DUCREY. — Recherches expérimentales sur la nature intime du

- principe contagieux du chancre mou. Congrès international de dermatologie, Paris, 1889.
- DURAND. — Chancre simple perforant du prépuce. *Journ. des mal. cut. et syph.*, 1896, p. 208.
- EMERY (F.). — Contribution au traitement du phagédénisme. Thèse Montpellier, 1901.
- FASANI-VOLTARELLI. — Sull' ulcera serpiginosa di origina venerea. *Giorn. ital. mal. ven.*, 1921, p. 346.
- FOURNIER (A.). — Recherches sur la contagion du chancre, 1857.
— Traité de la syphilis, t. II, p. 414 et 446.
- FOURNIER (A.) et LOEPER. — Chancre mou phagédénique du mollet. *Ann. de dermat. et de syph.*, 1898, p. 1125.
- FERNANDEZ DE LA PORTILLA et RUIZ DE ARCAUTE. — Serpiginismo venereo. *La medicina Ibero*, 1929, p. 381.
- GENNERICH (W.). — Die beziehungen zwischen ulcus molle serpiginosum, und granuloma inguinale. *Dermat. Wochenschr.*, 1914, p. 1195.
- GIGLIOLI (G.). — Differential diagnosis of phagedenic chancroid and granuloma inguinale. *Trans. of Roy. Soc. Trop. med. and Hyg.*, 1930, t. XXIII, p. 579.
- GOUGEROT (H.). — Bubons chancrelleux chroniques. *Ann. des mal. vén.*, 1915, p. 459.
— Chancrello-syphilis sans chancre mixte. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp de Paris*, 1921, p. 1526.
— Le chancre mou. *Paris médical*, 1912, p. 502.
— Syphilis viscérale et infections aiguës. *Ibid.*, 1927, p. 228.
- GOUGEROT (H.) et BLUM (P.). — Phagédénisme chancrelleux et syphilis. Guérison par le 914. *Ann. des mal. vén.*, 1931, p. 662.
- HAABOU-SALA. — Résultats cliniques obtenus avec notre vaccin spécifique antistreptobacillaire sur le bubon et le chancre mou, par immunisation locale. *Procès-verbaux des séances du Congrès de Bruxelles*, 1916, p. 242.
— Nouvelles recherches sur le streptobacille de Ducrey. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 1926, p. 242.

- HALLOPEAU (H.). — A propos du phagédénisme du chancre simple.
Ibid., 1908, p. 167.
- HUDELO et RABUT (R.). — A propos du phagédénisme chancrelleux.
Ibid., 1928, p. 727.
- JEANBRAU. — Phagédénisme chancrelleux ayant duré trois ans.
Bull. de la Soc. des sciences médic. de Montpellier, 1898.
- JULLIEN (L.). — Traité pratique des maladies vénériennes, 1885,
p. 370.
- JOYEUX (Ch.). — Précis de médecine coloniale. Masson, édit., 1927,
p. 343 et 351.
- ITO (T.). — Klinische und bacteriologisch serologische studien über
ulcus molle. *Arch. für dermat. und syph.*, 1913, p. 34; ana-
lyse *Presse médicale*, 1921.
- LABADIE (J.). — Phagedenic destruction of the male genitalia.
Journ. of Am. med. Assoc., 1928, p. 1147.
- LECOULANT (P.). — Le chancre mou. Réactions biologiques géné-
rales. Vaccination, intradermo-réaction. Thèse Bordeaux,
1928.
- LÉPINAY (E.). — Un cas de phagédénisme chancrelleux. *Bull. de la
Soc. de dermat. et de syph.*, 1923, p. 308.
- LE PETIT. — Historique du chancre mou. Thèse Paris, 1913.
- LITTLE (G.). — Chancres mous serpigineux. *Bull. de la Soc. franç.
de dermat. et de syph.*, 1929, p. 151.
- LOUSTE, THIBAUT, RACINE. — Phagédénisme chancrelleux enrayé et
guéri par des applications de novarsénobenzol. *Ibid.*,
1930, p. 573.
- LOUSTE, CAHEN, VANBOKSTAËL. — Ulcérations phagédéniques de la
verge. *Ibid.*, 1927, p. 332.
- MAC DOUAGH (J.). — Ulcus molle serpiginosum. *Brit. Journ. of Der-
mat.*, 1914, p. 1.
- MAURIAC (Ch.). — Leçons sur les maladies vénériennes. Baillière,
édit., Paris, 1883.
- MELCHIOR (R.) et VIGNE. — Phagédénisme chancrelleux. *Marseille
médical*, 1920, p. 377.
- MILIAN (G.). — L'hétérothérapie. *Paris médical*, 1920, p. 377.
— Formes cliniques, diagnostic, traitement du chancre mou.
Rev. gén. de clin. et de thérapeut., 1923, p. 227

- Les formes cliniques du chancre mou. *La Prat. méd. franç.*, 1926, p. 344.
- Chancre mixte tertiaire. *Rev. franç. de dermat. et de vén.*, 1929, p. 542.
- Le chancre mou. Doin, édit., Paris, 1931.
- MILIAN (G.) et LENORMAND. — Chancre mou de la paroi abdominale, datant de vingt-sept mois, guéri en quinze jours par hétérothérapie. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 1927, p. 514.
- MILIAN (G.) et GRELLETY-BOISVIEL. — Chancre mixte tertiaire. *Ibid.*, 10 janv. 1924.
- MONDAIN. — Traitement des chancres mous par le vaccin de Nicolle. Thèse Bordeaux, 1926.
- MONTPELLIER (J.) et BENZÉCRI (E.). — Les formes de la chancrelle chez l'indigène algérien. *Ann. des mal. vén.*, 1924, p. 514.
- Un cas de phagédénisme chancrelleux de la verge et des aines chez un syphilitique. Inefficacité du traitement arsenical. *Ann. des mal. vén.*, 1924, p. 272.
- NICOLAS (J.). — Traitement du chancre simple et de ses complications. *Bulletin médical*, 1909, p. 427.
- NICOLLE (Ch.). — Recherches sur le chancre mou. Thèse Paris, 1893.
- Trois observations de malades atteints de chancres mous simples ou compliqués, traités à l'Institut Pasteur de Tunis. *Arch. de l'Institut Pasteur de Tunis*, 1924, p. 297.
- Traitement des chancres mous par le vaccin de Nicolle. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 2 avril 1925.
- OUDARD et JEAN. — Bubon chancrelleux phagédénique avec ulcérations artérielles. *Ann. des mal. vén.*, 1923, p. 143.
- PÉRIN (L.). — Le chancre mixte et les symbioses syphilitico-chancrelleuses. *Paris médical*, 1924, p. 202.
- PETGES (G.). — Sur un signe méconnu du chancre mou. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 1928, p. 726.
- Note sur le traitement du chancre mou. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 1911, p. 87.

- Traitement des chancres mous. *La Médecine*, Paris, 1919, p. 106.
- PETGES (G.), GRATIOT et COTTU. — Traitement du chancre mou et du bubon ouvert par l'enfumage iodé. *Journ. méd. de Bordeaux*, 1918, p. 263.
- PETGES (G.) et CABANNES. — Hybride rebelle d'hérédo-syphilis et de tuberculose. Guérison par le 914. *Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 22 août 1920.
- POIRSON. — Une observation de chancres mous multiples anciens et compliqués traités par la vaccinothérapie intraveineuse. *Arch. de l'Institut Pasteur de Tunis*, 1924, p. 299.
- QUEYRAT. — Un traitement des chancres simples. Soc. franç. de dermat. et de syph., séance tenue à Bordeaux le 18 mai 1921.
- QUEYRAT et LAROCHE (G.). — Contribution à l'étude microbiologique des balano-posthites à forme gangréneuse. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, mars 1909.
- QUIROGA (M.). — Chancros fagedenicós. *Semana medica*, 1929, p. 970.
- RAVAUT (P.). — L'air chaud en thérapeutique dermatologique. *Ann. de dermat. et de syph.*, 1910, p. 145.
- RAVAUT (P.), CÉLICE et VIBERT. — Chancre mou géant de la paroi abdominale et de l'aîne, datant de dix-neuf mois, en voie de guérison par le Dmelcos. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 1927, p. 170.
- RAYNAUD (M.), MONTPELLIER et LACROIX. — Phagédénisme chronique serpigineux de l'aîne. *Bull. de la Soc. de path. exot.*, 1922, p. 644.
- RABUT (R.). — Le chancre mou, revue générale. *Gaz. des hôp.*, 1919, p. 1261.
- REENSTIERNA. — Recherches sur le bacille de Ducrey. Préparation et propriétés d'un sérum antistreptobacillaire. Cuti-réaction dans le chancre mou. *Arch. de l'Institut Pasteur de Tunis*, 1923, p. 273.
- RICORD. — Traité des inoculations appliquées à l'étude des maladies vénériennes. Paris, 1883.

- RICORD. — Leçons sur le chancre, publiées par A. Fournier.
- ROMÉ (G.). — Les associations du bacille de Ducrey. Thèse Paris, 1926.
- ROLLET. — Etudes cliniques sur le chancre, 1839.
— Recherches sur la syphilis, le chancre mou et la blennorragie. Baillière, édit., 1861.
- ROSENBERGER. — Die zunehmte des phagedanismus. *Deuts. med. Wochenschr.*, 1921, p. 868.
- ROZIÈS. — Chancre mou avec bubon phagédénique. Cicatrisation par l'air chaud. *Gaz. des hôp.*, 1913.
- SAINT-CYR (M.). — Les hybrides de la syphilis et de la tuberculose. Thèse Bordeaux, 1932.
- SAUVAGE. — Sur le traitement du chancre mou. Thèse Bordeaux, 1921.
- SÉNLECQ (L.). — Contribution à l'étude du phagédénisme. Thèse Paris, 1907.
- STÜMPKE (G.). — Ulcus molle. In *Ulcus molle und andere Krankheiten der urogenitale organe*. Collection Jadassohn (J.), Berlin, 1927.
- TOURAINE (M.) et LORTAT-JACOB (E.). — Phagédénisme chancrelleux de la cuisse. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, 1933, p. 245.
- UNNA. — Le streptobacille de l'ulcère mou. *Monatsch. für prakt. Dermat.*, 1892, t. XIV; 1895, t. XXI.
- VERRIER (L.). — Du phagédénisme chancrelleux. Thèse Paris, 1912-1913.

N. B. — Nous n'avons pas la prétention d'avoir épuisé la bibliographie de la question du phagédénisme chancrelleux, qui a fait l'objet d'une multiplicité de travaux qu'il eût été vain de vouloir grouper. Notre but a été surtout d'étudier la question sous l'angle des connaissances actuelles et de déterminer, pour une affection rare à notre époque, les moyens d'arriver à un diagnostic et à une guérison rapides.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER. — <i>Histoire</i>	13
I. — De l'antiquité jusqu'à la fin du x ^v ^e siècle.....	13
II. — De la fin du x ^v ^e siècle jusqu'au milieu du xix ^e siècle.....	14
III. — Du milieu du xix ^e siècle jusqu'à nos jours	16
CHAPITRE II. — <i>Les variétés cliniques; du phagédénisme chancrel- leur; évolution; pronostic</i>	17
I. — Le phagédénisme diphtéroïde	17
II. — Le phagédénisme térébrant	18
III. — Le phagédénisme géométrique	20
IV. — Le phagédénisme gangréneux	22
V. — Le phagédénisme en surface. Le phagédénisme ser- pigneux	24
CHAPITRE III. — <i>Observations de phagédénisme chancrelleur</i>	27
Commentaires	33
CHAPITRE IV. — <i>Etiologie du phagédénisme chancrelleur</i>	37
I. — Fréquence et siège	37
II. — Causes prédisposantes	39
Le facteur terrain	61
Le facteur germe	64
CHAPITRE V. — <i>Diagnostic du phagédénisme chancrelleur</i>	72
I. — Diagnostic différentiel	72
A. — Le phagédénisme syphilitique	72
B. — Le phagédénisme du chancre mixte	74
C. — Le granulome vénérien des pays chauds.....	74
D. — Le phagédénisme de l'ulcère des pays chauds.....	75
E. — Les ulcérations tuberculeuses	76
F. — L'association tuberculo-syphilitique	76
II. — Diagnostic positif du phagédénisme chancrelleur.....	77
CHAPITRE VI. — <i>Le traitement du phagédénisme chancrelleur</i>	78
CONCLUSIONS	81
BIBLIOGRAPHIE	83

